

## 手帳の交付を受けるには

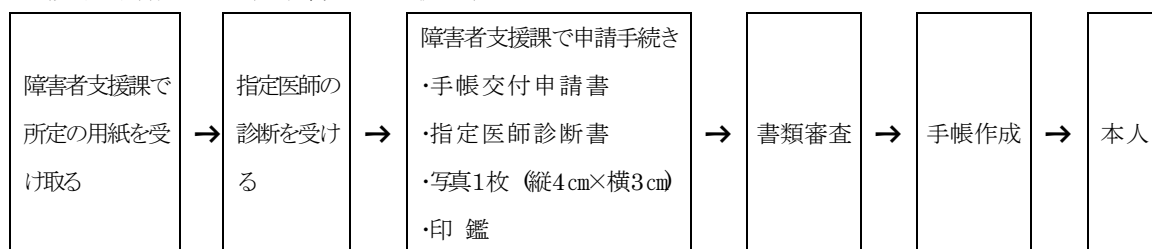
### 1. 身体障害者手帳

身体障害者手帳には、障害の程度により、1級から6級までの等級区分があります。

手帳を所持することによって、各種の制度や施策を活用できます。

#### (1) 交 付

〈交付申請から手帳取得までの流れ〉



※身体障害者手帳交付申請書、診断書用紙は、障害者支援課にあります。

※指定医師については、障害者支援課へご確認ください。

※手帳交付申請に要した診断料は、手帳交付に該当した方、非課税世帯の方等に助成します。

※申請内容により、大阪府社会福祉審議会に諮問する場合があります。

※対象者（障害者本人）のマイナンバーがわかるもの、本人確認ができる身分証明書等（代理申請の場合は、上記に加え、委任状、代理人の身分証明書等）が必要です。

#### (2) 再 交 付 等

障害の程度が変化した、他の障害が加わった、手帳を破損・汚損した、紛失した、写真を貼り替えたい等のときは、障害者支援課で申請・届出の手続きをしてください。

| 申請・届出が必要なとき                                      | 申 請 ・ 届 出 に 必 要 な も の<br>( ○ 印 の 他 に 必 要 な も の は 下 記 の と お り )                                                              |         |               |     |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|-----|
|                                                  | 顔 写 真                                                                                                                       | 身体障害者手帳 | 指 定 医 の 診 断 書 | 印 鑑 |
| 等 級 変 更                                          | ○                                                                                                                           | ○       | ○             | ○   |
| 障 害 名 追 加                                        | ○                                                                                                                           | ○       | ○             | ○   |
| 破 損 ・ 汚 損                                        | ○                                                                                                                           | ○       |               |     |
| 紛 失                                              | ○                                                                                                                           |         |               |     |
| 氏 名 変 更 / 住 所 変 更<br>(他市町村へ転出のときは<br>新しい居住地で手続き) |                                                                                                                             | ○       |               |     |
| 返 還 (本人が死亡、又は<br>障害に該当しなくなった等)                   |                                                                                                                             | ○       |               |     |
| ○印の他に必要なもの                                       | ・対象者（障害者本人）のマイナンバーがわかるもの<br>ただし、対象者の死亡による返還の場合には、マイナンバーは不要<br>・本人確認ができる身分証明書等（※）（2ページ参照）<br>・代理申請の場合は、上記に加えて、委任状、代理人の身分証明書等 |         |               |     |

※身分証明書等（窓口に来られる方の本人確認を行うときに提示していただく書類です。）

① 1つの書類で確認できるもの（ただし、写真が貼られているもの）

マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、身体障害者手帳、療育手帳、  
精神障害者保健福祉手帳、旅券、在留カード、特別永住者証明書等

② ①の書類がない場合は、下記の書類の中から2つをご用意ください。

健康保険資格が確認できるもの、介護保険証、重度障害者医療証、特定医療費（指定難病）受給  
者証、地域生活支援受給者証、障害福祉サービス受給者証等

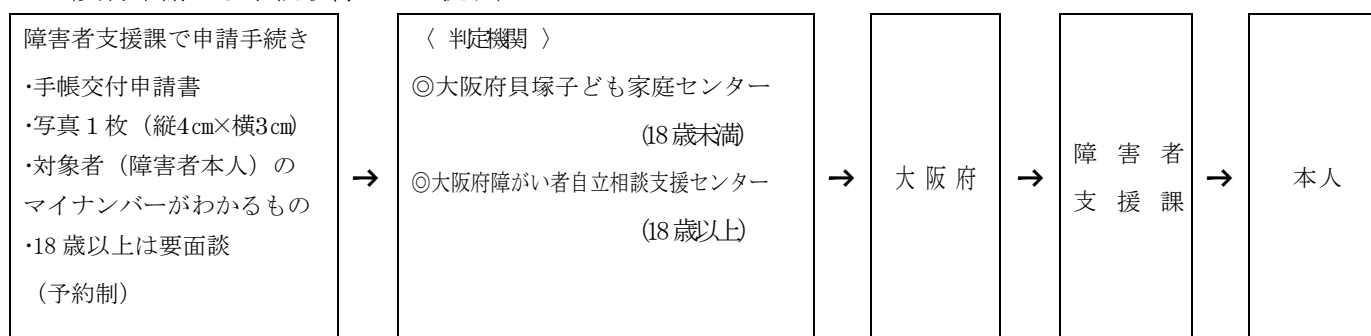
なお、これらの書類が整わない場合は、障害者支援課へお問い合わせください。

## 2. 療育手帳

知的障害者（児）が相談や援助を受けやすくするため、大阪府障がい者自立相談支援センターまたは、  
大阪府貝塚子ども家庭センターにおいて、知的障害と判定された方に対し、大阪府より交付されます。  
療育手帳には、障害の程度として、A（重度）・B 1（中度）・B 2（軽度）の判定区分があります。

### （1）交 付

〈交付申請から手帳取得までの流れ〉



※手帳交付の際に次の判定年月が決定します。その時期までに更新の手続きをしてください。

### （2）更新・再交付

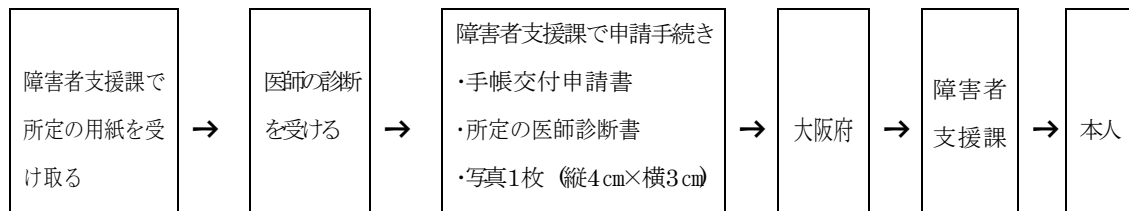
申請・届出に必要なものをお持ちになり、障害者支援課で手続きをしてください。

| 必要なもの<br>申請・届出が必要とき |                                   | 顔 写 真 | 療 育 手 帳          | 対象者（障害者本人）の<br>マイナンバーがわかるもの |
|---------------------|-----------------------------------|-------|------------------|-----------------------------|
| 更 新                 | 次回判定年月（療育手帳に記載）<br>が来る、障害の程度が変化した | ○     | ○<br>（18歳以上は要面談） | ○                           |
| 再 交 付               | 紛失・破損・汚損により使えな<br>くなった            | ○     | 破損・汚損の場合必要       |                             |
| 氏 名 変 更<br>住 所 変 更  | ※他の市町村へ転出するときは<br>新しい居住地で手続きが必要   |       | ○                |                             |
| 返 還                 | 本人が死亡した、又は、障害に<br>該当しなくなった等       |       | ○                |                             |

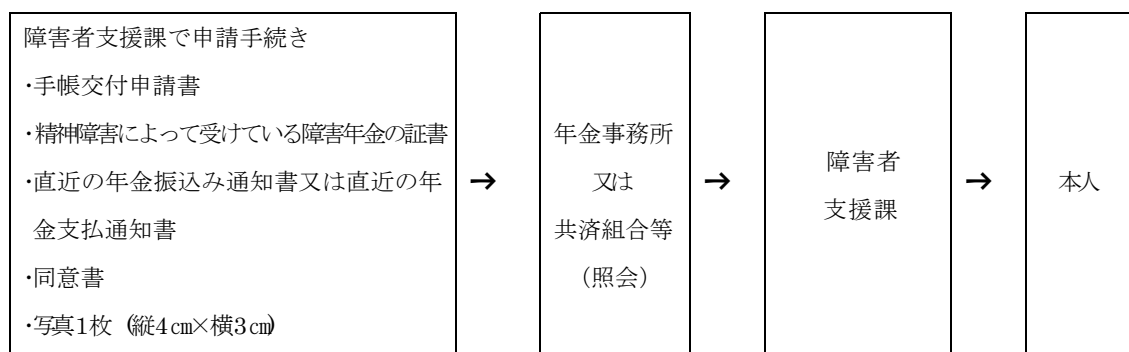
### 3. 精神障害者保健福祉手帳

精神障害者（児）が相談や援助を受けやすくするため、精神障害と判定された方に対し、岸和田市より交付されます。精神障害者保健福祉手帳には、1級から3級までの区分があります。

#### （1）交 付（交付申請から手帳取得までの流れ）



または



※手帳交付の際に次回の更新年月日が決定します（原則有効期限は2年）。その時期までに更新手続きをしてください（3か月前から更新手続きができます）。

#### （2）更新・再交付（必要なものをお持ちになり、障害者支援課で申請手続きをしてください。）

| 申請・届出<br>が必要なとき     | 申請・届出に必要なもの（○印の他に必要なものは下記のとおり）                                                                  |                        |     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----|
|                     | 精神障害者保健福祉手帳                                                                                     | 指定の診断書または<br>障害年金証書の写し | 顔写真 |
| 更 新                 | ○                                                                                               | ○                      | ○   |
| 等 級 変 更             | ○                                                                                               | ○                      | ○   |
| 破 損 ・ 汚 損           | ○                                                                                               |                        | ○   |
| 紛 失                 |                                                                                                 |                        | ○   |
| 氏 名 変 更<br>住所変更（市内） | ○                                                                                               |                        |     |
| 住所変更（転入）            | ○                                                                                               |                        | ○   |
| 返 還                 | ○                                                                                               |                        |     |
| ○印の他に<br>必要なもの      | 対象者（障害者本人）のマイナンバーがわかるもの、本人確認ができる身分証明書等（代理申請の場合は対象者のマイナンバーがわかるもの、委任状、代理人の身分証明書等）。ただし、返還手続きは除きます。 |                        |     |

※他市町村へ転出するときは、新しい居住地の市町村障害福祉担当課で手続きをしてください。

※返還：本人が死亡したとき、または障害に該当しなくなったとき。

※ご希望により、写真を貼らずに手帳を交付することができますが、手帳に写真が貼付されていない場合、サービスを受けていただけないことがあります。

## 相談窓口の紹介

| 機 関 名              | 内 容                                                                                          | 所 在 地 ・ 問 合 せ 先                                                                                                                                                           |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 市 役 所              | 障害者支援課<br>身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付、補装具や日常生活用具の給付等、自立支援給付制度、社会生活等各種相談、障害のある方の医療費助成を行っています。 | 〒596-8510 岸和田市岸城町 7-1<br>直通 TEL 423-9446 (障害福祉担当)<br>423-9469 (サービス担当)<br>423-9090 (福祉医療担当)<br>447-6078 (相談担当)<br>FAX 431-0580<br>e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp |
|                    | 介護保険課<br>介護保険サービスに関わる要介護認定や調査、給付又は保険料に関する相談を行っています。                                          | 〒596-8510 岸和田市岸城町 7-1<br>TEL 423-9475・6(直通)<br>FAX 423-6927<br>e-mail kaigo@city.kishiwada.osaka.jp                                                                       |
|                    | 健康推進課<br>健康の保持・増進を図るために、健康診査、健康教室、健康相談等を行っています。                                              | 〒596-0045 岸和田市別所町 3-12-1<br>(岸和田市立保健センター内)<br>TEL 423-8811(直通) FAX 423-8833<br>e-mail kenko@city.kishiwada.osaka.jp                                                       |
|                    | 子ども家庭課<br>発達について経過観察が必要と思われる乳幼児を対象に健康診査や発達相談を行っています。(予約制)                                    | 〒596-0045 岸和田市別所町 3-12-1<br>(岸和田市立保健センター内)<br>TEL 423-8812(直通) FAX 423-3220<br>e-mail kokatei@city.kishiwada.osaka.jp                                                     |
|                    | 子育て支援課<br>① 障害児通所支援<br>② ひとり親家庭医療助成<br>③ 児童扶養手当                                              | 〒596-8510 岸和田市岸城町 7-1<br>直通 TEL ①② 423-9623 (医療・療育担当)<br>③ 423-9624 (子育て給付担当)<br>FAX 423-3523<br>e-mail koshien@city.kishiwada.osaka.jp                                   |
|                    | 子育て施設課<br>同居の家族に身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を持っている方がいれば、保育料の減免が受けられる場合があります。                     | 〒596-8510 岸和田市岸城町 7-1<br>TEL 423-9483(直通) FAX 423-0089<br>e-mail koshisetsu@city.kishiwada.osaka.jp                                                                       |
| 岸 和 田 市<br>社会福祉協議会 | 教育委員会<br>人権教育課<br>障害のある子どもの学校教育に関する相談を行っています。                                                | 〒596-8510 岸和田市岸城町 7-1<br>TEL 423-9685(直通) FAX 423-2496<br>e-mail jinken@city.kishiwada.osaka.jp                                                                           |
|                    | 障害者の方々の各種相談を受け付けています。また、大阪府生活福祉資金の貸付等も行っています。                                                | 〒596-0076 岸和田市野田町 1-5-5<br>opsol 福祉総合センター内<br>TEL 437-8854 FAX 431-1500                                                                                                   |

| 機 関 名                   | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 所 在 地 ・ 問 合 せ 先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大 阪 府<br>岸 和 田<br>保 健 所 | <p>①指定難病患者、小児慢性特定疾病児や身体障害児の相談を行っています。</p> <p>②統合失調症、うつ病、アルコール依存症等の精神保健に関する相談を行っています。(予約制)</p> <p>③結核をはじめ、性感染症や感染性胃腸炎等の感染症について相談を行っています。</p>                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>〒596-0076 岸和田市野田町 3-13-1<br/>(直通 TEL)</p> <p>①422-6071 (母子・難病・地域ケアチーム)<br/>②422-6070 (精神保健福祉チーム)<br/>③422-6077 (感染症チーム)</p> <p>FAX 422-7501</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 大阪府障がい者<br>自立相談支援センター   | <p>①身体障害者及び難病患者等の補装具や自立支援医療(更生医療)の判定及び専門的相談・指導(身体障害者更生相談所業務)を実施するとともに、補装具の巡回相談の場等に理学療法士(PT)及び作業療法士(OT)を派遣しています。また高次脳機能障害についての相談に応じています。</p> <p>②知的障害者の判定及び専門的相談・指導(知的障害者更生相談所業務)を実施するとともに、発達障害を伴う知的障害のある方々への支援を実施しています。</p>                                                                                                                                                                       | <p>〒558-0001<br/>大阪市住吉区大領 3 丁目 2-36</p> <p>①身体障がい者支援課<br/>TEL 06-6692-5262<br/>FAX 06-6692-5340</p> <p>②知的障がい者支援課<br/>TEL 06-6692-5263<br/>FAX 06-6692-3981</p> <p>URL<br/><a href="https://www.pref.osaka.lg.jp/soshikikarasagasu/jiritsusodan/index.html">https://www.pref.osaka.lg.jp/soshikikarasagasu/jiritsusodan/index.html</a></p>                                                                                                            |
| 大阪府こころの<br>健康総合センター     | <p>①こころの電話相談【月・火・木・金 9時半～17時】(祝日・年末年始を除く)<br/>こころの病に悩む方、こころの健康に不安を持つ方、医療機関・障害福祉サービス等を知りたい方のための電話相談を行っています。</p> <p>②わかぼちダイヤル【水 9時半～17時】(祝日・年末年始を除く)<br/>40歳未満の方のための電話相談を行っています。</p> <p>③専門相談(依存症)<br/>【平日9時～17時45分(祝日・年末年始を除く)、第2・第4土 9時～17時30分】<br/>アルコール・薬物・ギャンブル等、依存症全般を対象とした依存症相談を行っています(予約制)。</p> <p>④専門相談(自死遺族)【平日9時～17時45分】(祝日・年末年始を除く)<br/>大切な人を自死(自殺)で亡くされた方を対象とした自死遺族相談を行っています(予約制)。</p> | <p>〒558-0056<br/>大阪市住吉区万代東 3-1-46</p> <p>①こころの電話相談<br/>TEL 06-6607-8814</p> <p>②わかぼちダイヤル<br/>TEL 06-6607-8814</p> <p>③・④専門相談(依存症・自死遺族相談)<br/>TEL 06-6691-2818<br/><a href="http://kokoro-osaka.jp/">http://kokoro-osaka.jp/</a><br/>(こころのオアシス)</p> <p>FAX 06-6691-2814</p> <p>メールでの相談については、下記ページの中にある「お問い合わせはこちら」からのお問い合わせフォームをご利用ください。<br/><a href="https://www.pref.osaka.lg.jp/kokoronokenko/">https://www.pref.osaka.lg.jp/kokoronokenko/</a></p> |

| 機 関 名                                  | 内 容                                                                                                                                    | 所 在 地 ・ 問 合 せ 先                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 岸和田公共<br>職業安定所<br>(ハローワーク)             | 障害担当職員を配置して、就職を希望する人に対して仕事に関する職業相談・職業紹介を行っています。                                                                                        | 〒596-0826 岸和田市作才町 1264<br>TEL 431-5541<br>(部門コード 42 番) 専門援助部門<br>FAX 423-8609                                                                                                                                                                        |
| 大阪府貝塚<br>子ども家庭センター                     | 18 歳未満の障害児に関して、専門的な相談に応じ、施設の入所手続き等の支援を行っています。                                                                                          | 〒597-0072 貝塚市畠中 1-17-2<br>TEL 430-6300<br>FAX 430-6301                                                                                                                                                                                               |
| 大阪障害<br>職業センター<br>南大阪支所                | 障害者の雇用促進を図るため、障害者に対する職業相談、職業評価、ジョブコーチ支援や事業主に対する雇い入れや雇用管理の相談等を行っています。(予約制)                                                              | 〒591-8025 堺市北区長曾根町 130-23<br>堺商工会議所会館 5 階<br>TEL 072-258-7137<br>FAX 072-258-7139<br>e-mail minamiosaka-ctr@jeed.go.jp                                                                                                                               |
| 大阪府 IT<br>ステーション                       | ① IT を活用して就労を希望する障害のある方に就労相談や就労支援 IT 講習等の支援を行っています。<br>② 重度の障害が理由で IT の利用が難しい方に、IT 支援機器等の相談や紹介、IT 支援機器等を利用して意思疎通等が出来るようにする等の支援を行っています。 | 〒543-0002 大阪市天王寺区上汐 4-4-1<br>① 就労支援：<br>TEL 06-6776-1222 FAX 06-6776-1281<br>e-mail shien@itsapoot.jp<br>URL http://www.itsapoot.jp<br>② IT 支援：<br>TEL 06-6776-1238 FAX 06-6776-1231<br>e-mail itshien@itsapoot.jp<br>URL http://itshien.itsapoot.jp |
| 岸和田市障害者<br>基幹相談支援<br>センター<br>(障害者支援課内) | 障害のある方とそのご家族、関係機関からの総合的な相談窓口として、相談を行っています。相談いただいた方の意向を確認しながら、必要があれば地域の関係機関、専門的機関と連携、協力しながら支援を一緒に考えていきます。                               | 〒596-8510<br>岸和田市岸城町 7-1<br>TEL 447-6078 (直通)<br>FAX 431-0580<br>e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp                                                                                                                                             |
| 身体障害者<br>相談員                           | 身体障害者(児)、知的障害者(児)、精神障害者(児)及びその家族の方々が日常生活を営んでいく上で生ずる身近な問題について、地域に住む当事者やその保護者等が相談、助言等をしています。                                             | ※詳しくは障害者支援課までお問合せください。                                                                                                                                                                                                                               |
| 知的障害者<br>相談員                           |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 精神障害者<br>相談員                           |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 泉州中障害者就業・<br>生活支援センター                  | 就職を希望している障害のある方、在職中の障害のある方が抱える課題に応じて、雇用・福祉の関係機関と連携しながら、就職面と生活面の一体的な支援を行っています。                                                          | 〒597-0001 貝塚市近木町 2-27 森野ビル<br>TEL 422-3322<br>FAX 447-6678<br>e-mail sensyunaka.j@joinus.or.jp<br>URL https://www.joinus.or.jp/                                                                                                                      |

## 障害者等委託相談支援事業所

岸和田市の委託を受け、より身近な地域で障害のある方やその家族への助言、福祉サービスの利用調整や援助等、地域での生活における総合的な相談・支援を行っています。

お困りのことがありましたら、お住まいの地域を担当する相談支援事業所にご連絡ください。

※年末年始（12/29～1/3）は全事業所が休みになります。

| 担当障害者等相談支援事業所                                                                                                | 圏域              | 担 当 地 域 |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>みらい相談支援センター</b><br>所在地：春木旭町19-17<br>電話：080-9470-2344<br>FAX：050-3142-9879<br>受付：月～金（祝日以外）9：00～17：30       | 岸和田<br>北部<br>地域 | 春木校区    | 春木泉町、春木南浜町、春木北浜町、春木本町、春木大小路町、春木元町、春木中町、春木若松町、春木宮川町、春木宮本町、春木大国町、新港町 |
|                                                                                                              |                 | 城北校区    | 春木旭町、吉井町                                                           |
|                                                                                                              |                 | 新条校区    | 中井町、荒木町                                                            |
|                                                                                                              |                 | 大芝校区    | 松風町、戎町、八幡町、磯上町、木材町                                                 |
| <b>OKハウス小松里</b><br>所在地：小松里町2064 MKビル102号<br>電話：072-441-7752<br>FAX：072-441-7753<br>受付：月～金（祝日以外）9：00～17：30    | 久米田<br>地域       | 八木校区    | 大町、西大路町                                                            |
|                                                                                                              |                 | 八木北校区   | 下池田町、箕土路町                                                          |
|                                                                                                              |                 | 八木南校区   | 小松里町、額原町（592番地・664番地・1232番地は除く）、池尻町                                |
|                                                                                                              |                 | 山直北校区   | 東大路町、今木町410番地                                                      |
| <b>相談センター 社協のだ</b><br>所在地：野田町1-5-5<br>電話：072-468-7110<br>FAX：072-431-1500<br>受付：月～金（祝日以外）9：00～17：30          | 都市<br>中核<br>地域  | 中央校区    | 本町、堺町、魚屋町、北町、筋海町、五軒屋町、宮本町                                          |
|                                                                                                              |                 | 朝陽校区    | 上野町東、上野町西、下野町、岸野町、並松町、臨海町、港緑町、沼町                                   |
|                                                                                                              |                 | 東光校区    | 別所町、野田町、藤井町                                                        |
|                                                                                                              |                 | 大宮校区    | 加守町、宮前町、西之内町                                                       |
| <b>自立生活センター・いこらー</b><br>所在地：中北町7-21<br>電話：072-493-7378<br>FAX：072-493-8278<br>受付：月～金（祝日以外）10：00～18：00        | 岸和田<br>中部<br>地域 | 光明校区    | 尾生町、三ヶ山町                                                           |
|                                                                                                              |                 | 常盤校区    | 八阪町、下松町、上松町、門前町                                                    |
|                                                                                                              |                 | 八木南校区   | 額原町592番地・664番地・1232番地                                              |
|                                                                                                              |                 | 城内校区    | 岸城町、上町、南上町、南町                                                      |
|                                                                                                              |                 | 浜校区     | 大工町、中之浜町、紙屋町、大手町、中町、中北町、大北町、地藏浜町                                   |
| <b>きぼうの輪</b><br>所在地：三田町117-1<br>電話：072-479-4417<br>FAX：072-479-4418<br>受付：月～金（祝日以外）9：00～17：30                | 牛滝の<br>谷地域      | 山直北校区   | 今木町（410番地は除く）、田治米町（250番地は除く）、岡山町、三田町                               |
|                                                                                                              |                 | 城東校区    | 田治米町250番地、摩湯町、東ヶ丘町                                                 |
|                                                                                                              |                 | 山直南校区   | 包近町、山直中町、稲葉町、積川町、岸の丘町                                              |
|                                                                                                              |                 | 山滝校区    | 内畑町、大沢町                                                            |
| <b>相談支援事業所 かけはし</b><br>所在地：畑町4-1-14<br>電話：072-426-3870<br>FAX：072-426-3872<br>受付：月～土（水曜・祝日以外）<br>10：00～18：00 | 葛城の<br>谷地域      | 旭校区     | 土生町（土生町5丁目は除く）、作才町、行遇町                                             |
|                                                                                                              |                 | 太田校区    | 畑町、極楽寺町、流木町、土生町5丁目                                                 |
|                                                                                                              |                 | 天神山校区   | 天神山町                                                               |
|                                                                                                              |                 | 修斉校区    | 神須屋町、八田町、真上町、北阪町、土生滝町、阿間河滝町、葛城町                                    |
|                                                                                                              |                 | 東葛城校区   | 河合町、相川町、神於町、上白原町、塔原町                                               |

## 岸和田市障害者(児)関係団体についてのご案内

岸和田市での障害者(児)関係団体は下記のとおりです。(一部)

| 団 体 名        |                   |                 |
|--------------|-------------------|-----------------|
| 岸和田市身体障害者福祉会 | 岸和田障害児・者を守る会      | 岸和田市肢体不自由児者父母の会 |
| 岸和田市視覚障害者協会  | 岸和田市手をつなぐ育成会      |                 |
| 岸和田市聴覚障害者福祉会 | 岸和田障害者・児関係団体連絡協議会 |                 |

〈問合せ先〉 障害者支援課 TEL 423-9549 FAX 431-0580  
e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp

## 公営住宅の案内

### ・府営住宅について

住宅に困っている身体障害者の方、精神障害者の方、または知的障害者の方がいる世帯等のために、府営住宅総合募集(4月、6月、8月、10月、12月、2月)において、福祉世帯向けの応募区分を設けて入居者の募集を行っています。

また、車いす常用者(身体障害者手帳の交付を受けており、かつ下肢又は体幹の機能障害の程度の重い方)が住みやすいように設計した車いす常用者世帯向けの住宅の入居者の募集もあります。

〈問合せ先〉株式会社東急コミュニティー大阪府営住宅泉佐野管理センター

泉佐野市高松東1丁目10番37号 泉佐野センタービル7階

TEL 072-458-2852 FAX 072-458-2855

ホームページ <https://www.osakafueijutaku.jp/>

### ・市営住宅について

〈問合せ先〉岸和田市役所 まちづくり推進部住宅政策課住宅管理担当

TEL 423-9517 FAX 423-7252

e-mail juutaku@city.kishiwada.osaka.jp

## 後期高齢者医療制度

65歳から74歳までの方で、次のいずれかに該当する方は、後期高齢者医療制度の被保険者となる届出ができます。

- ①国民年金法等における障害年金1級・2級に該当する方
- ②身体障害者手帳1級・2級・3級および4級の一部に該当する方
- ③精神障害者保健福祉手帳1級・2級に該当する方
- ④療育手帳Aに該当する方

※後期高齢者医療制度につきましては、健康保険課後期高齢者医療担当にお問合せください。

TEL 423-9468

e-mail hoken@city.kishiwada.osaka.jp

## 補装具費の支給

**購入される前に、必ず障害者支援課へ申請してください。**

### 1. 補装具の購入・借受け・修理費の支給

身体上の障害を補うために、次のような用具の購入・修理等の補助を行っています。

| 対 象 者                  | 種 類     | 品 名                                        |
|------------------------|---------|--------------------------------------------|
| 肢 体 不 自 由 者            | 義 肢     | 義足、義手<br>(初回の作製は医療保険で対応するのが一般的です)          |
|                        | 装 具     | 下肢、靴型、体幹、上肢<br>(初回の作製は医療保険で対応するのが一般的です)    |
|                        | ★ 車 い す | 普通型、手押し型、電動型等                              |
|                        | ★歩行補助杖  | 松葉杖、ロフストランドクラッチ、多脚つえ、プラットホーム杖等             |
|                        | そ の 他   | 座位保持装置                                     |
|                        |         | 座位保持椅子、起立保持具、頭部保持具、排便補助具<br>(上記、4品目は児童に限る) |
|                        |         | ★歩行器                                       |
| 視 覚 障 害 者              | 眼 鏡     | 矯正用、遮光用、コンタクトレンズ、弱視用                       |
|                        | そ の 他   | 視覚障害者安全つえ、義眼                               |
| 聴 覚 障 害 者              | 補 聴 器   | 耳かけ型、ポケット型<br>(18歳以上の方は意見書は不要です)           |
|                        |         | 耳あな型、骨導型等                                  |
|                        | 人工内耳    | 人工内耳用音声信号処理装置 (修理のみ)                       |
| 内 部 障 害 者<br>(歩行できない者) | ★ 車 い す | 普通型、手押し型、電動型等                              |

※ 補装具は判定が必要となります。補装具の種類によって判定機関が異なり、判定方法も限定されますので、障害者支援課にご相談ください。

※ 難病患者等の方につきましても、補装具費支給の対象となる場合があります。

★ 介護保険対象の方につきましては、介護保険課までご相談ください。

(介護保険対象につきましては、貸与となります。)

ただし、車いすについては、医師の意見書や、大阪府障がい者自立相談支援センターの判定により身体状況等から既製品では対応できず、個別に製作する必要があると判定される場合には補装具費として支給することができます。

介護保険課 TEL 423-9475

## 《申請手続き》

### 必要なもの

- 補装具の見積書
- 身体障害者手帳、特定医療費(指定難病)受給者証、登録者証等又は診断書のいずれか
- 医学的意見書等(児童については指定育成医療機関のもの)
- 対象者のマイナンバーがわかるもの、身分証明書等が必要です。  
※代理申請の場合は、対象者のマイナンバーがわかるもの、委任状、代理人の身分証明書等が必要です。  
※対象者が18歳未満(障害児)の場合、保護者のマイナンバーがわかるものも必要です。

### 自己負担

#### 原則1割

但し、対象者が18歳以上の場合は対象者本人と配偶者の市民税課税状況、対象者が18歳未満の場合は対象者の保護者の属する世帯の市民税課税状況に応じて月額負担上限額が設定されます。

- ・生活保護、低所得世帯(市民税非課税世帯)…0円
- ・一般世帯(市民税課税世帯)…37,200円

※本人又は世帯員のうち市民税所得割最多課税者の課税額が46万円以上の場合は対象外(18歳未満の場合は所得制限なし)

## 《判定について》

次のいずれかの方法があります。

- ① 直接判定・・・a. 奇数月の第2火曜日に opsol 福祉総合センターで判定を受ける(巡回相談)。  
b. 大阪府障がい者自立相談支援センターで判定を受ける。
- ② 文書判定・・・医学的意見書及び処方箋等で判定を受ける。

※①は予約制になっています。障害者支援課での事前申請が必要です。

※眼鏡、補聴器の判定は②のみとなります。

## ◇難聴児の補聴器について

身体障害者手帳交付の対象とならない難聴児においても、「大阪府難聴児補聴器交付事業」または「岸和田市難聴児補聴器購入等助成事業」により補聴器購入費の助成を受けていただける場合があります。詳しくは、お問合せください。

〈問合せ先〉 障害者支援課 TEL 423-9446 FAX 431-0580  
e-mail [shougais@city.kishiwada.osaka.jp](mailto:shougais@city.kishiwada.osaka.jp)

## 2. 労働者災害補償保険による義肢等補装具の交付

労働者災害補償保険においても義肢等補装具(車いす、補聴器、義足、装具等)の交付が受けられる場合があります。業務災害又は通勤災害で傷病を被った方については、こちらを優先して利用していただきます。

労災へ初めて義肢等補装具の申請を行う際には、労働保険番号、負傷年月日、傷病名、障害等級等の内容の記入が必要です。不明な点については、大阪労働局労働基準部労災補償課、又は、給付を受けた労働基準監督署へご相談下さい。

〈申請先〉 大阪労働局労働基準部労災補償課 TEL 06-6949-6507

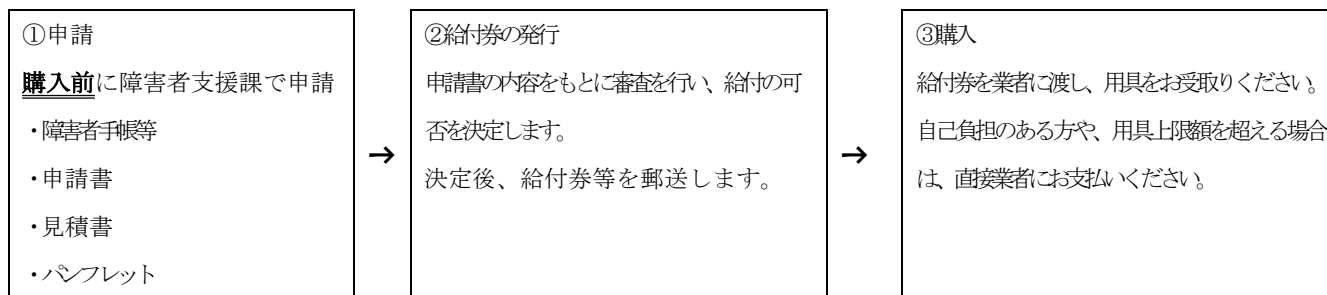
## 日常生活用具の給付

### 1. 日常生活用具の給付（原則、在宅の障害者が対象です。）

**購入される前に、必ず障害者支援課へ申請してください。**

|           |                                                                                                                                                |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者     | 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方又は難病患者等<br>(障害者手帳所持者は等級によって制限があります。)                                                                             |
| 必 要 な も の | ●身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳、特定医療費(指定難病)受給者証、登録者証等又は診断書のいずれか<br>●見積書(岸和田市福祉事務所長あて) ●パンフレット(継続申請種目以外)                                             |
| 自 己 負 担   | 原則 1 割<br>(但し、利用者が 18 歳以上の場合は利用者本人と配偶者の収入、利用者が 18 歳未満の場合は利用者の保護者の属する世帯の収入に応じて月額負担上限額が設定されます。)<br>・生活保護世帯、及び、市民税非課税世帯 … 0 円<br>・課税世帯 … 24,000 円 |

〈手続きの流れ〉



※ ★の用具は、介護保険対象の方は、介護保険課までご相談ください。

介護保険課 TEL 423-9475

※ 借家・賃貸の場合は家主さんの承諾書が必要となる場合があります。

※ 制度改正により、給付内容が変更となる場合があります。

### 日常生活用具の種目及び性能

| 区分               | 種 目                      | 限 度 額                                  | 対 象 者                                      | 用具の性能その他の事項                                                                              | 耐用年数 |
|------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 視<br>覚<br>障<br>害 | 視覚障害者用<br>ポータブル<br>レコーダー | 録音再生機<br>85,000 円<br>再生専用機<br>48,000 円 | 視覚障害 2 級以上の者であつて、学齢児(年齢が小学校就学の始期に達する者)以上の者 | 音声又は点字等により操作ボタンが知覚でき、かつ DAISY 方式等による録音及び再生が可能なもの<br>※視覚障害者用テープレコーダー給付の場合<br>限度額 23,000 円 | 6 年  |

| 区分               | 種 目                      | 限 度 額                              | 対 象 者                                                           | 用具の性能その他の事項                                               | 耐用年数 |
|------------------|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|
| 視<br>覚<br>障<br>害 | 視覚障害者用<br>時 計            | 音声式<br>13,300 円<br>触読式<br>10,300 円 | 視覚障害2級以上の者(ただし、音声時計については、原則として手指の感覚に障害がある等のため触読式時計の使用が困難な者に限る。) |                                                           | 10年  |
|                  | 視覚障害者用<br>活字文書読上<br>げ装置  | 99,800 円                           | 視覚障害2級以上の者                                                      | 活字と同一紙面上に掲載された当該活字をコード化した情報を読み取り、当該活字情報を音声により伝える機能を有するもの  | 6年   |
|                  | 音声 I C タ<br>グレコーダ        | 62,790 円                           | 視覚障害2級以上の者であって、物の識別が困難な者                                        | 携帯可能なもの                                                   | 6年   |
|                  | 点字タイプ<br>ライ タ ー          | 63,100 円                           | 視覚障害2級以上の者(就労若しくは就学している者又は就労が見込まれる者に限る。)                        |                                                           | 5年   |
|                  | 電磁調理器                    | 41,000 円                           | 視覚障害2級以上の者(視覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯(<備考>参照)に属する者に限る。)               |                                                           | 6年   |
|                  | 視覚障害者用<br>体 温 計<br>(音声式) | 9,000 円                            | 視覚障害2級以上の者(視覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯(<備考>参照)に属する者に限る。)であって、学齢児以上の者   |                                                           | 5年   |
|                  | 視覚障害者用<br>体 重 計<br>(音声式) | 18,000 円                           | 視覚障害2級以上の者(視覚障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯(<備考>参照)に属する者に限る。)               |                                                           | 5年   |
|                  | 視覚障害者用<br>血 圧 計<br>(音声式) | 16,800 円                           | 視覚障害2級以上の者であって、日常的に血圧を測定する必要があると認められる者                          | 利用の可否を記載した医師の意見書を添付して申請すること                               | 5年   |
|                  | 点字ディス<br>プ レ イ           | 383,500 円                          | 視覚障害2級以上の者であって、学齢児以上の者                                          | 文字等のコンピューターの画面情報を点字等により示すことができるもの                         | 6年   |
|                  | 視覚障害者用<br>拡大読書器          | 198,000 円                          | 視覚障害者で、かつ、本装置により文字等を読むことが可能になる者であって、原則として学齢児以上の者                | 画像入力装置を読みにくいもの(印刷物等)の上に置くことで、簡単に拡大された画像(文字等)をモニターに映し出せるもの | 8年   |

| 区分               | 種 目               | 限 度 額                                   | 対 象 者                                                                     | 用具の性能その他の事項                                                                                                    | 耐用年数 |
|------------------|-------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 視<br>覚<br>障<br>害 | 点 字 器             | 標準型<br>A 10,400円<br>B 6,600円            | 視覚障害者                                                                     | 価格は点筆を含む                                                                                                       | 7 年  |
|                  |                   | 携帯用<br>A 7,200 円<br>B 1,650 円           | 同上                                                                        | 同上                                                                                                             | 5 年  |
|                  | 歩行時間延長信号機用小型送信機   | 7,000 円                                 | 視覚障害 2 級以上の者であって、原則として学齢児以上の者                                             |                                                                                                                | 10 年 |
|                  | 情報・通信支援用具         | 100,000 円                               | 視覚障害 2 級以上の者であって、アプリケーションソフトを使用しなければパソコンの操作が困難な者                          | 画面の音声化機能、拡大ソフト等を有するもの<br>※用途が異なる物品であれば、合計 100,000 円以内で、複数回に分けて申請できるものとする。                                      | 5 年  |
|                  | 視覚障害者用地上デジタル対応ラジオ | 29,000 円                                | 視覚障害 2 級以上の者であって、原則として学齢児以上の者                                             | テレビ音声及びAM/FM放送を受信し、かつ、災害時の緊急放送を受信するもの                                                                          | 6 年  |
| 聴<br>覚<br>障<br>害 | 聴覚障害者用通信装置        | ファクシミリ<br>40,000 円<br>テレビ電話<br>71,000 円 | 聴覚障害者又は発声若しくは発語に著しい障害を有する者で、かつ、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められる者であって、学齢児以上の者 | 一般の電話回線等に接続することができ、音声の代わりに、文字等により通信が可能なもの（本体のみを対象とする。本体のみでの販売がない場合、付属子機は 1 台に限る。）<br>※プリンターやコピー機能等パソコン用複合機は除く。 | 5 年  |
|                  | 聴覚障害者用情報受信装置      | 88,900 円                                | 聴覚障害を有する者                                                                 | 字幕及び手話通訳付き番組並びに災害時の聴覚障害者向け緊急信号を受信し、かつ、地上波放送に字幕及び手話通訳の映像を合成する機能を有するもの                                           | 6 年  |
|                  | 聴覚障害者用屋内信号装置      | 87,400 円                                | 聴覚障害 2 級以上の者であって、聴覚障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯（＜備考＞参照）に属する者                        | 音、声音等を視覚、触覚等により知覚できるもの（サウンドマスター、目覚まし時計及び屋内信号灯を含む）<br>※用途が異なる物品であれば、合計 87,400 円以内で、複数回に分けて申請できるものとする。           | 10 年 |

| 区分                              | 種 目            | 限 度 額    | 対 象 者                                                                                                                                    | 用具の性能その他の事項                                                  | 耐用年数 |
|---------------------------------|----------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------|
| 下<br>肢<br>・<br>体<br>幹<br>障<br>害 | 頭部保護帽          | 12,160 円 | 平衡機能に障害を有する者又は<br>下肢若しくは体幹の機能に障害<br>を有する者（施設に入所又は入<br>院中の者も対象とする。）                                                                       | 転倒の衝撃から頭部を保護でき<br>るもの<br>※児童で、成長に伴い使用不可と<br>なった場合はご相談ください。   | 3 年  |
|                                 | 一 本 杖          | 3,150 円  | 同上                                                                                                                                       | 歩行時に身体を支え、安定させ<br>るために用いられるもの                                | 3 年  |
|                                 | ネブライザー         | 36,000 円 | 下肢または体幹の機能の障害が<br>2 級以上の者                                                                                                                | 利用の可否を記載した医師の意<br>見書を添付して申請すること。<br>◎外部バッテリー等については P19<br>参照 | 5 年  |
|                                 | 電気式たん<br>吸 引 器 | 56,400 円 | 同上                                                                                                                                       | 同上<br>◎外部バッテリー等については P19<br>参照                               | 5 年  |
|                                 | ★<br>便 器       | 9,850 円  | ①下肢若しくは体幹の機能の障<br>害が 2 級以上の者又はこれに準<br>ずる者(<備考>参照)であって、<br>原則として学齢児以上の者<br>②難病患者等で、医師の意見書<br>等により常時介護を要すると認<br>められる者であって、原則とし<br>て学齢児以上の者 | 手すりをつけることができるも<br>の                                          | 8 年  |
|                                 | ★<br>特殊マット     | 19,600 円 | ①下肢又は体幹の機能の障害が<br>1 級の者(常時介護を要する者に<br>限る。)又は 2 級以上の障害児で<br>あって、3 歳以上の者<br>②難病患者等で、医師の意見書<br>等により寝たきりの状態である<br>と認められる者であって、3 歳<br>以上の者    | 褥瘡の防止又は失禁等による汚<br>染又は損耗を防止できる機能を<br>有するもの                    | 5 年  |
|                                 | ★<br>特 殊 尿 器   | 67,000 円 | ①下肢又は体幹の機能の障害が<br>1 級の者(常時介護を要する者<br>に限る。)であって、学齢児以上<br>の者<br>②難病患者等で、医師の意見書<br>等により自力で排尿できないと<br>認められる者であって、学齢児<br>以上の者                 | 尿が自動的に吸引されるもの                                                | 5 年  |

| 区分                              | 種 目                   | 限 度 額     | 対 象 者                                                                                                                                                          | 用具の性能その他の事項                                                                                                                                                                                                        | 耐 用 年 数 |
|---------------------------------|-----------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 下<br>肢<br>・<br>体<br>幹<br>障<br>害 | ★<br>移動・移乗<br>支 援 用 具 | 60,000 円  | <p>①平衡機能の障害又は下肢若しくは体幹の機能の障害を有し、家庭内の移動において介助を必要とする者であって、3歳以上の者</p> <p>②難病患者等で、医師の意見書等により下肢が不自由であると認められる者であって、3歳以上の者</p> <p>※①②とも介護保険要介護認定で非該当と認定された者も対象とする。</p> | <p>次のような性能を有する手すり、スロープ等であること(ただし、工事費用を除く。)</p> <p>ア)障害者の身体機能の状態を充分考慮したものであって、必要な強度と安定性を有するもの</p> <p>イ)転倒予防、立ち上がりの動作、移乗動作の補助、段差解消等の用具とする</p> <p>※複数併用の必要が生じたことにより異なる場所に追加設置する場合、合計60,000円以内で、複数回に分けて申請できるものとする。</p> | 8 年     |
|                                 | ★<br>特 殊 寝 台          | 154,000 円 | <p>①下肢若しくは体幹の機能の障害が2級以上の者又はこれに準ずる者(&lt;備考&gt;参照)であって、学齢児以上の者</p> <p>②難病患者等で、医師の意見書等により寝たきりの状態にあると認められる者であって、学齢児以上の者</p>                                        | <p>腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの</p>                                                                                                                                                     | 8 年     |
|                                 | ★<br>入 浴 担 架          | 82,400 円  | <p>下肢又は体幹の機能の障害が2級以上の者(入浴に当たって家族等他人の介助を要する者に限る。)であって、3歳以上の者</p>                                                                                                | <p>障害者を担架に乗せたままリフト操作により入浴させるもの</p>                                                                                                                                                                                 | 5 年     |
|                                 | ★<br>体位変換器            | 15,000 円  | <p>①下肢又は体幹の機能の障害が2級以上の者(下着交換に当たって家族等他人の介助を要する者に限る。)で、学齢児以上の者</p> <p>②難病患者等で、医師の意見書等により寝たきりの状態にあると認められる者であって、学齢児以上の者</p>                                        | <p>介護者が障害者の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの</p>                                                                                                                                                                                | 5 年     |

| 区分                              | 種 目                    | 限 度 額     | 対 象 者                                                                                                                                                                  | 用具の性能その他の事項                                                                                                                                          | 耐 用 年 数 |
|---------------------------------|------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 下<br>肢<br>・<br>体<br>幹<br>障<br>害 | ★<br>移 動 用<br>リ フ ト    | 159,000 円 | ①下肢又は体幹の機能の障害が2級以上の者であって、3歳以上の者<br>②難病患者等で、医師の意見書等により下肢又は体幹機能の障害があると認められる者であって、3歳以上の者                                                                                  | 障害者の移動について、介護者が容易に使用できるもの（ただし、天井走行型その他設置のために住宅改修を伴うものを除く。）                                                                                           | 4年      |
|                                 | ★<br>入 浴 補 助<br>用 具    | 90,000 円  | ①下肢又は体幹の機能に障害を有する者で、かつ、入浴に介助を必要とする者で、3歳以上の者<br>②難病患者等で医師の意見書等により入浴に介助を要すると認められる者で、3歳以上の者<br>※①②とも介護保険要介護認定で非該当と認定された者も対象とする。                                           | 入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、障害者等又は介護者が容易に使用できるもの（ただし、設置のために住宅改修を伴うものを除く。）<br>※用途が異なる物品であれば、合計 90,000 円以内で、複数回に分けて申請できるものとする。                           | 8年      |
|                                 | ★<br>居宅生活動作<br>補 助 用 具 | 200,000 円 | ①下肢若しくは体幹の機能の障害又は乳幼児期以前において発症した非進行性の脳病変による運動機能障害(移動機能障害に限る。)を有する者であって、障害等級3級以上の者<br>②難病患者等で、医師の意見書等により下肢又は体幹機能に障害があると認められる者（ただし、①②とも岸和田市重度障害者住宅改修費補助事業を利用したことのある者を除く。） | 障害者の居宅生活動作等を円滑にする用具であって設置に小規模な住宅改修を伴うもの（ただし、特殊便器への取替えを除く。）<br>※支給は一回限りとする。（ただし、複数併用の必要が生じたことにより異なる場所に追加設置する場合には、合計 200,000 円の範囲内で複数回に分けて支給できるものとする。） | —       |
|                                 | 訓 練 イ ス                | 33,100 円  | 下肢又は体幹の機能の障害が2級以上の児童で、原則として3歳以上の者                                                                                                                                      | 原則として付属のテーブルをつけるものとする。                                                                                                                               | 5年      |
|                                 | 訓 練 用<br>ベ ッ ド         | 159,200 円 | ①下肢又は体幹の機能の障害が2級以上の児童であって、原則として学齢児以上の者<br>②難病患者等で、医師の意見書等により下肢又は体幹機能に障害があると認められる者であって、原則として学齢児以上の者                                                                     | 腕又は脚の訓練ができる器具を備えたもの                                                                                                                                  | 8年      |

| 区分      | 種 目                       | 限 度 額              | 対 象 者                                                                                                                                      | 用具の性能その他の事項                                                             | 耐用年数 |
|---------|---------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|
| 上肢機能障害  | 特 殊 便 器                   | 151,200 円          | ①上肢の機能の障害が2級以上の者であって、学齢児以上の者<br>②難病患者等で、医師の意見書等により上肢の機能に障害があると認められる者であって、学齢児以上の者                                                           | 温水温風を出し得るもの（取替えにあたり住宅改修を伴うものを除く）                                        | 8 年  |
|         | ★<br>居宅生活動作補助用具<br>(特殊便器) | 200,000 円          | 上肢の機能の障害が2級以上の者で、かつ、下肢もしくは体幹の機能の障害又は乳幼児期以前において発症した非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る。）を有する者であって、障害等級3級以上の者（ただし、岸和田市重度障害者住宅改修費補助事業を利用したことのある者を除く。） | 温水温風を出し得るものであって、設置に小規模な住宅改修を伴うもの<br>※支給は1回限りとする。                        | —    |
|         | 情報・通信<br>支 援 用 具          | 100,000 円          | 上肢の機能の障害が2級以上であって、入力サポート機器を使用しなければパソコンの操作が困難な者                                                                                             | 大型キーボードや障害者用マウス等を有するもの<br>※用途が異なる物品であれば合計100,000円以内で、複数回に分けて申請できるものとする。 | 5年   |
| 内 部 障 害 | ストーマ装具<br>(尿 路 系 )        | 23,278 円<br>(2ヶ月分) | ぼうこう機能障害者であって、人工膀胱使用者（施設に入所又は入院中の者も対象とする。）                                                                                                 | 人工膀胱を使用する者が身体に装着して排泄物を溜める用具                                             | —    |
|         | ストーマ装具<br>(消 化 器 系 )      | 17,716 円<br>(2ヶ月分) | 直腸機能障害者であって人工肛門使用者（施設に入所又は入院中の者も対象とする。）                                                                                                    | 人工肛門を使用する者が身体に装着して排泄物を溜める用具                                             | —    |
|         | 透 析 液<br>加 温 器            | 51,500 円           | じん臓機能障害3級以上の者で、かつ、自己連続携帯式腹膜透析法(CAPD)による透析療法を行う者であって、3歳以上の者                                                                                 | 透析液を加温し、一定温度に保つもの                                                       | 5 年  |
|         | ネブライザー                    | 36,000 円           | ①呼吸器の機能の障害が3級以上の者<br>②難病患者等であって、医師の意見書等により呼吸器機能に障害があると認められる者                                                                               | ◎外部バッテリー等についてはP19 参照                                                    | 5 年  |
|         | 電気式たん<br>吸 引 器            | 56,400 円           | 同上                                                                                                                                         | ◎外部バッテリー等についてはP19 参照                                                    | 5 年  |
|         | 酸素ボンベ<br>運 搬 車            | 17,000 円           | 医療保険における在宅酸素療法を行う者                                                                                                                         |                                                                         | 10 年 |

| 区分          | 種 目                           | 限 度 額                                | 対 象 者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 用具の性能その他の事項                                                 | 耐用年数 |
|-------------|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------|
| そ<br>の<br>他 | 動脈血中酸素飽和度測定器<br>(パルスオキシメーター)  | 157,500 円                            | ①心臓機能障害若しくは呼吸器機能障害 3 級以上の者又は同程度の身体障害者（児）であって、呼吸状態を継続的にモニタリングすることが必要な者<br>②難病患者等であって、医師の意見書等により人工呼吸器の装着が必要と認められる者                                                                                                                                                                                                                                     | 呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有しているもの（利用の可否を記載した医師の意見書を添付すること。） | 5 年  |
|             | 携帯用会話補助装置                     | 98,800 円                             | 音声機能若しくは言語機能に障害を有する者又は肢体不自由であって、発声・言語に著しい障害を有する者（原則として学齢児以上の者に限る。）                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 携帯式で、言葉を音声又は文章に変換する機能を有するもの                                 | 5 年  |
|             | 人 工 喉 頭<br>電動式（電池又は充電器の費用を含む） | 笛式 5,150 円<br>（気管カニューレ付の場合は 8,343 円） | 音声言語機能障害者であって、喉頭を摘出した者（施設に入所又は入院中の者も対象とする。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 喉頭を摘出したことにより、音声機能を喪失した者に対して用いられる代用音声の用具                     | 4 年  |
|             |                               | 電動式 72,203 円                         | 同上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 同上                                                          | 5 年  |
|             | ネブライザー                        | 36,000 円                             | 音声言語機能障害者であって、喉頭を摘出した者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ◎外部バッテリー等については P19 参照                                       | 5 年  |
|             | 電気式たん吸引器                      | 56,400 円                             | 同上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ◎外部バッテリー等については P19 参照                                       | 5 年  |
|             | 収 尿 器                         | 男性用 8,085 円<br>女性用 8,925 円           | 高度の排尿機能障害により、収尿器を必要とする者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 採尿器及び蓄尿袋で構成され、身体に固定して尿を溜めておく用具                              | 1 年  |
|             | 紙 お む つ                       | 24,000 円<br>(2 ヶ月分)                  | 次のいずれかに該当する者で、年齢が 3 歳以上の者（利用の可否を記載した医師の意見書を添付して申請すること。）<br>(1) 概ね 3 歳までに下肢又は体幹の機能の障害が 2 級以上の身体障害者手帳の交付を受けた者であって、排尿若しくは排便の意思表示が困難な者<br>(2) 治療による軽快の見込みのないストーマ周辺の皮膚の著しいびらん又は変形のためストーマ装具を装着することができない者<br>(3) 先天性疾患（先天性鎖肛を除く）に起因する神経障害（二分脊椎等）による高度の排尿機能障害または高度の排便機能障害を有する者<br>(4) 先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害を有する者<br>※在宅高齢者等紙おむつ給付事業の助成を受けている場合は、給付不可。 |                                                             |      |

| 区分               | 種 目                        | 限 度 額                                        | 対 象 者                                                                                                                                                                                     | 用 具 の 性 能 そ の 他 の 事 項                                                    | 耐用年数 |
|------------------|----------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------|
| そ<br>の<br>他      | 火災警報器                      | 15,500 円<br>(1台分)                            | 障害の程度に関わらず、火災発生<br>の感知及び逃避が困難な者<br>(障害者等のみの世帯又はこれに準<br>ずる世帯(＜備考＞参照)に属する<br>者に限る。)                                                                                                         | 室内の火災を煙又は熱により<br>感知し、音又は光を発し、屋<br>外にも警報ブザーで知らせ得<br>るもの(1世帯につき2台を限<br>度。) | 8 年  |
|                  | 自動消火器                      | 28,700 円                                     | ①障害の程度に関わらず、火災<br>発生感知及び逃避が困難な者<br>(障害者等のみの世帯又はこれに準<br>ずる世帯(＜備考＞参照)に属する者<br>に限る。)<br>②難病患者等であって、医師の<br>意見書等により火災発生感知<br>及び逃避が困難と認められる者<br>(難病患者等のみの世帯又はこれに<br>準ずる世帯(＜備考＞参照)に属する<br>者に限る。) | 室内温度の異常上昇又は炎の<br>接触で自動的に消火液を噴射<br>し、初期火災を消火し得るも<br>の                     | 8 年  |
|                  | ◎<br>外部バッテ<br>リー・自家<br>発電機 | 100,000 円<br>(外部バッテリーか<br>自家発電機のい<br>ずれか一種目) | ①医師の意見書等により人工呼<br>吸器を使用していると認められ<br>る身体障害者(児)、難病患者<br>②ネブライザー又は電気式たん<br>吸引器の支給を受けた者(同時<br>申請可)                                                                                            |                                                                          | 6 年  |
| 知<br>的<br>障<br>害 | ★<br>特殊マット                 | 19,600 円                                     | 重度知的障害者(療育手帳A)で<br>あって、原則として3歳以上の<br>者                                                                                                                                                    | 失禁等による汚染又は損耗を<br>防止できる機能を有するもの                                           | 5 年  |
|                  | 頭部保護帽                      | 12,160 円                                     | 重度知的障害者(療育手帳A)<br>であって、てんかんの発作等<br>により頻繁に転倒する者(施設に入<br>所又は入院中の者も対象とする。)                                                                                                                   | 転倒の衝撃から頭部を保護で<br>きるもの<br>※児童で、成長に伴い使用不可とな<br>った場合は、ご相談ください。              | 3 年  |
|                  | 特 殊 便 器                    | 151,200 円                                    | 重度知的障害者(療育手帳A)<br>で、かつ、訓練を行っても自ら排<br>便処理が困難な者であって、原<br>則として学齢児以上の者                                                                                                                        | 温水温風を出し得るもの(取<br>替えにあたり住宅改修を伴う<br>ものを除く。)                                | 8 年  |
|                  | 電磁調理器                      | 41,000 円                                     | 重度知的障害者(療育手帳A)で<br>あって、原則として18歳以上の<br>者(知的障害者のみの世帯又はこれに<br>準ずる世帯(＜備考＞参照)に属する<br>者に限る。)                                                                                                    |                                                                          | 6 年  |

- ＜備考＞ ・「これに準ずる者」…（種目：便器、特殊寝台の項）下肢の機能の障害が３級の者で、かつ、上肢の機能の障害が１級から４級までのいずれかに該当する者のうち、その総合等級が１級又は２級と判定され、かつ、片麻痺の状態にあると認められる者をいう。
- ・「これに準ずる世帯」…下記のいずれかに該当する場合をいう。
- ① 対象者と同居する方が、高齢者（概ね 65 才以上）のみ、または児童（小学生以下）のみの場合。
  - ② 対象者と同居する方が就労等により、昼間対象者のみになる（日中独居）場合。

※ 小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付種目として、便器・特殊マット・特殊寝台・特殊便器・歩行支援用具・入浴補助用具・特殊尿器・体位変換器・車いす・頭部保護帽・電気式たん吸引器・クールベスト・紫外線カットクリーム・ネブライザー（吸入器）・パルスオキシメーター・ストーマ装具（蓄便袋、蓄尿袋）・人工鼻・チューブ型包帯（令和 7 年度追加予定）があります。

◎外部バッテリー等については P19 参照

## 2. 日常生活用具の貸与

| 種 目       | 対 象 者                                                                            | 備 考                                                      |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 福 祉 電 話   | 聴覚障害又は外出困難な重度の身体障害者であって、コミュニケーション及び緊急連絡の手段として必要性があると認められて、現に電話を保有しない者及びファクシミリ貸与者 | 世帯全員が所得税非課税であり、障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯（P20<備考>参照）に属する者        |
| ファクシミリ    | 聴覚又は音声・言語機能障害 3 級以上であって、コミュニケーション及び緊急連絡の手段として必要性が認められる者                          | 聴言障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯（P20<備考>参照）に属する者                     |
| 緊 急 通 報 機 | 65 歳未満で、在宅の身体障害者手帳 2 級以上所持者であって、緊急時の対応が困難で必要性が認められる者                             | 障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯（P20<備考>参照）に属する者<br>所得税課税世帯は自己負担があります。 |

## 3. 点字図書の給付

自己負担額は、点字図書を一般図書（点訳する元となる図書で、墨字で書かれたもの）として購入した場合の価格で出版施設が定める額となります。

| 種 目  | 給 付 の 限 度                 | 対 象 者                  | 備 考                             |
|------|---------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 点字書籍 | 年間 6 タイトルまでとし、24 巻を限度とする。 | 情報を主に点字によって入手している視覚障害者 | 点字で記述された書籍（月刊又は週刊等で発行される雑誌を除く。） |
| 点字新聞 | 1 タイトルの年間購読を限度とする。        | 同上                     | 点字で記述された新聞（点字版か墨字版のいずれかとする。）    |

## 医療費の助成

### 1. 重度障害者医療

#### (1) 助成の対象となる方

健康保険に加入している方で、次の要件のいずれかに該当する方。

ただし、本人の所得制限（単身世帯で472万1千円以下）があります。

なお、転入・転出されるとともに老人ホームやグループホーム等の施設に入所等された場合などは、住所地特例により助成対象の取り扱いが変わる場合があります。

- ①障害程度が1級又は2級の身体障害者手帳をお持ちの方
- ②知的障害の程度が重度（療育手帳A）の判定を受けられた方
- ③知的障害の程度が中度（療育手帳B1）の判定を受けられた方で、身体障害者手帳をお持ちの方
- ④障害程度が1級の精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方
- ⑤特定医療費（指定難病）受給者証所持者で障害年金1級又は特別児童扶養手当1級に相当する方  
（岸和田市重度障害者の医療費の助成に関する条例及び施行規則で定めるもの）

#### (2) 助成の内容

医療保険の自己負担金から一部自己負担額を控除した額を助成します。

ただし、健康保険の適用とならないもの（室料差額・診断書料等）、食事療養及び生活療養にかかる給付は助成の対象になりません。

また、国等の負担による療養の給付（他の公費負担医療）が行われた場合も対象になりません。

#### (3) 一部自己負担額

- ・一医療機関あたり入院、通院、調剤薬局、訪問看護事業所とも1日につき各500円
- ・同じ医療機関でも歯科は別の医療機関とみなします。
- ・医療証による助成を受け、同一月に支払った一部自己負担額が3,000円を超えた場合は、払い戻しの対象となり、市から払い戻しについての案内を送付します。払い戻しには申請手続きが必要ですが、簡素化の申し出により、その後は申請書を提出することなく、自動的に指定の口座へ振込させていただくこともできます。

#### ※老人医療（一部負担金相当額等一部助成）

助成制度としては平成30年3月末で廃止となりました。

また、平成30年3月末時点で岸和田市老人医療費助成条例の規定により医療証の交付を受けていた方に対する経過措置は、令和3年3月末までに受診等されたものを最後に助成を終了しました。

令和3年3月末までに他府県で受診された場合など、還付申請がまだお済でない場合は至急ご申請ください。

〈問合せ先〉 障害者支援課 TEL 423-9090 FAX 431-0580  
e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp

## 2. 自立支援医療（更生医療・育成医療・精神通院医療）

### （1）更生医療・育成医療

障害の程度を軽くし、日常生活を容易にするために医療が必要なときは、18歳以上の方は自立支援医療（更生医療）、18歳未満の児童は自立支援医療（育成医療）が、指定医療機関で受けられます。

- 申請に必要なもの
- 自立支援医療（更生医療・育成医療）意見書 ● 明細書（更生医療のみ）
  - 身体障害者手帳（育成医療は手帳の所持を問いません。）
  - 健康保険資格が確認できるもの
  - 対象者のマイナンバーがわかるもの、身分証明書等

### （2）精神通院医療

精神通院の指定を受けている医療機関で、在宅精神障害者の医療を容易にするため、医療費の支給が受けられます。

- 申請に必要なもの
- 自立支援医療（精神通院）診断書（精神障害者保健福祉手帳と同時に申請される場合は、手帳用診断書） ● 受給者証（新規申請の方を除く）
  - 健康保険資格が確認できるもの
  - 対象者のマイナンバーがわかるもの、身分証明書等

自立支援医療の自己負担……医療費の1割

ただし、本人と同一保険に加入している家族の所得や疾病に応じて、月額自己負担上限額が設定されます。

### 自立支援医療の自己負担

| 市町村民税非課税       |                                           |                                            | 市町村民税課税                                |                                                      |                                    |
|----------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 生活保護世帯         | 収入 ≤ 80 万円（令和 7 年度より 80 万 9 千円）/ 年<br>低 1 | 収入 > 80 万円（令和 7 年 度より 80 万 9 千円）/ 年<br>低 2 | 市町村民税（所得割）<br>＜ 3 万 3 千円 / 年<br>中間 1   | 3 万 3 千円 / 年 ≤ 市町村民税（所得割）<br>＜ 23 万 5 千円 / 年<br>中間 2 | 23 万 5 千円 / 年 ≤ 市町村民税（所得割）<br>一定以上 |
| 負担額<br>0 円 / 月 | 負担上限額<br>2,500 円 / 月                      | 負担上限額<br>5,000 円 / 月                       | （更生医療・精神通院医療）<br>負担上限額<br>医療保険の自己負担限度額 |                                                      | 公費負担の対象外<br>（医療保険の負担割合）            |
|                |                                           |                                            | （育成医療）<br>負担上限額<br>5,000 円 / 月         | （育成医療）<br>負担上限額<br>10,000 円 / 月                      |                                    |
|                |                                           |                                            | 重 度 か つ 継 続 ※                          |                                                      |                                    |
|                |                                           |                                            | 負担上限額<br>5,000 円 / 月                   | 負担上限額<br>10,000 円 / 月                                | 負担上限額<br>20,000 円 / 月              |

 令和9年3月31日まで経過的特例対象

### ※重度かつ継続の範囲

- ・ 疾病、症状等から対象となる方

更生医療、育成医療・・・じん臓機能障害（人工透析・移植後の抗免疫療法）・小腸機能障害・免疫機能障害・心臓機能障害（移植後の抗免疫療法）・肝臓機能障害（移植後の抗免疫療法）

精神通院医療・・・統合失調症・双極性障害・うつ病・てんかん・認知症等の脳機能障害・薬物関連障害・精神医療に一定以上の経験を有する医師に診断された方

- ・ 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる方 ・ 医療保険の高額療養費で多数回該当の方

〈問合せ先〉 障害者支援課 TEL 423-9090 FAX 431-0580  
e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp

## 手当・給付金・年金等

### 1. 手 当

| 名 称                   | 支 給 要 件                                                                                                                                                      | 支 給 額                                                                                                       |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特 別 障 害 者 手 当         | 精神（知的を含む）又は身体に著しく重度の障害を有するため、日常生活において常時特別の介護を必要とする状態にある在宅の20歳以上の方に支給                                                                                         | 月額<br>(令和7年4月～)<br>29,590円                                                                                  |
| 障 害 児 福 祉 手 当         | 精神（知的を含む）又は身体に重度の障害を有するため、日常生活において常時介護を必要とする状態にある在宅の20歳未満の児童に支給                                                                                              | 月額<br>(令和7年4月～)<br>16,100円                                                                                  |
| 特 別 児 童 扶 養 手 当       | 中程度以上の身体障害又は知的障害、精神障害のため、日常生活において監護を必要とする20歳未満の児童を監護又は養育している者に支給                                                                                             | 月額 対象児童1人につき<br>(令和7年4月～)<br>1級 56,800円<br>2級 37,830円                                                       |
| 大阪府重度障がい者<br>在宅生活応援制度 | 居宅で重度の身体障害（1・2級）と重度の知的障害（療育手帳A）を併せもつ障害者（児）と同居している介護人に支給                                                                                                      | 月額 10,000円                                                                                                  |
| 児 童 扶 養 手 当           | 父又は母に重度の障害があり、18歳に達する日以降最初の3月31日までの児童（特別児童扶養手当を受給又は同程度の障害のある児童は20歳未満）を監護している場合、その配偶者等に支給<br><br>ひとり親家庭等で児童扶養手当受給対象の児童が、特別児童扶養手当を受給又は同程度の障害のある場合は、20歳未満まで受給可能 | 月額 (令和6年11月～)<br>児童1人<br>45,500円～10,740円<br>児童2人目以降<br>児童1人につき、上記に<br>10,750円～5,380円加算<br>(※物価スライド制により変動あり) |
| ひとり親家庭医療費<br>助 成      | 父又は母に重度の障害があり、18歳に達する日以降最初の3月31日までの児童を監護している場合は、その配偶者と児童の保険診療一部負担金の一部を助成                                                                                     | 一部自己負担金あり<br>(1医療機関あたり1日<br>最大500円)                                                                         |

| 支給月                               | 支給制限                                          | 必要なもの                                                               | 申請先        |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------|
| 5月<br>8月<br>11月<br>2月             | ○所得制限<br>○長期入院<br>(3ヶ月以上)<br>○施設入所            | ○指定の診断書又は身体障害者手帳<br>○本人名義の預貯金通帳<br>○年金証書<br>○重度障害者医療証(お持ちの方)<br>○印鑑 | 障害者<br>支援課 |
| 5月<br>8月<br>11月<br>2月             | ○所得制限<br>○施設入所<br>○障害を支給事由とする年金給付を受けている方      | ○指定の診断書又は<br>身体障害者手帳・療育手帳<br>○本人名義の預貯金通帳<br>○印鑑                     |            |
| 4月<br>8月<br>11月                   | ○所得制限<br>○施設入所<br>○児童が障害を支給事由とする公的年金を受給している場合 | ○身体障害者手帳・療育手帳又は指定の診断書<br>○請求者と対象児童の戸籍謄本(抄本)<br>○請求者名義の預貯金通帳<br>○印鑑  |            |
| 4月<br>7月<br>10月<br>1月             | ○特別障害者手当受給者<br>○長期入院<br>(3ヶ月以上)<br>○施設入所      | ○身体障害者手帳<br>○療育手帳<br>○介護者名義の預貯金通帳                                   |            |
| 5月<br>7月<br>9月<br>11月<br>1月<br>3月 | 所得や公的年金の支給状況等によって制限があります。                     | 詳しくは子育て支援課へ<br>お問合せください。                                            | 子育て<br>支援課 |
|                                   | 所得制限があります。他の公費負担医療制度(子ども医療・重度障害者医療は除く)の適用が優先  |                                                                     |            |

## 2. 外国人障害者給付金

| 名 称             | 支 給 要 件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 支 給 額              |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 外国人障害者<br>給 付 金 | <p>重度の障害のある在日外国人等で、年金制度上の理由により障害基礎年金等を受給できない方で、次の①と②の両方に該当する方で、かつ、③か④のいずれかに該当する方</p> <p>① 市内に居住する外国人又は外国人であった方</p> <p>② 昭和 57 年 1 月 1 日前に外国人登録をしていた方</p> <p>③ 昭和 57 年 1 月 1 日前に満 20 歳に達しており、同日前に身体障害者手帳 1、2 級、療育手帳 A の交付を受けた方、もしくは同日以降に手帳交付を受けたがその障害発生原因にかかる傷病の初診日が同日前に属する方</p> <p>④ 昭和 57 年 1 月 1 日前に満 20 歳に達しており、精神障害者保健福祉手帳の等級が 1 級であり、障害発生原因にかかる傷病の初診日が同日前に属する方</p> | <p>月額 20,000 円</p> |

## 3. 障害者扶養共済制度

障害者(児)の将来について、保護者の方が抱く不安を軽くするため、相互扶助の精神に基づき保護者が毎月掛け金をし、保護者が万一死亡または重度の障害を有することになった場合、残された障害者に年金が支給される大阪府の任意加入の共済制度です。

- |         |                                                                                                                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 加入資格 | <p>身体障害者手帳(1級～3級)又は知的障害もしくは精神障害者又は同程度の永続的な障害がある方の保護者で次の条件にすべて該当する方</p> <p>① 大阪市・堺市内を除く府内に在住していること</p> <p>② 65歳未満(4月1日現在)であること</p> <p>③ 特別な病気がないこと</p> |
| 2. 年金額  | <p>1口につき月額 20,000 円</p> <p>(2口まで加入できます。年金には所得税がかかりません。)</p>                                                                                           |
| 3. 問合せ先 | <p>〈問合せ先〉 障害者支援課 TEL 4 2 3 - 9 0 9 0</p> <p>FAX 4 3 1 - 0 5 8 0</p> <p>e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp</p>                                    |

| 支給月                               | 支給制限                                                                                      | 申請方法   | 申請先        |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|
| 9月<br>(4月～9月分)<br>3月<br>(10月～3月分) | ① 生活保護受給者<br>② 公的年金受給者<br>③ 社会福祉法人施設入所者で<br>援護の実施者が本市以外で<br>ある方<br>④ 本人の前年所得が一定金額<br>以上の方 | 窓口にて受付 | 障害者<br>支援課 |

#### 4. 年 金

| 障害の程度   | 初診日に国民年金に加入等<br>(下欄【Ⅰ】参照) | 初診日に厚生年金保険に加入<br>(下欄【Ⅱ】参照) |
|---------|---------------------------|----------------------------|
| 1 級     | 1 級の障害基礎年金                | 1 級の障害基礎年金 + 1 級の障害厚生年金    |
| 2 級     | 2 級の障害基礎年金                | 2 級の障害基礎年金 + 2 級の障害厚生年金    |
| 3 級     | —                         | 3 級の障害厚生年金                 |
| 3 級より軽症 | —                         | 障害手当金 (一時金)                |

「障害の程度」は、障害者手帳等の級とは別に法令で定められています。

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ⅰ</b> | <p><b>【障害基礎年金の受給資格】</b></p> <p>国民年金 1 号・3 号加入中、または 20 歳前か日本国内に住んでいる 60 歳以上 65 歳未満の方で年金制度に加入していない期間に初診日がある病気、けがによる障害の程度が障害基礎年金の 1・2 級に該当しており、一定の保険料納付要件を満たしている 20 歳以上 65 歳未満の方。原則、老齢基礎年金を繰り上げ受給していない方に限ります。</p> <p>また初診日が 20 歳未満である場合、保険料納付要件は問われません (所得制限あり)。</p>                                                                                                                                     |
| <b>Ⅱ</b> | <p><b>【障害厚生年金・障害手当金の受給資格】</b></p> <p>◎ <b>1・2 級</b>：障害基礎年金に上乗せの障害厚生年金を支給<br/>厚生年金加入中に初診日がある病気・けがで、障害の程度が障害基礎年金の 1・2 級に該当し、一定の保険料納付要件を満たしている方</p> <p>◎ <b>3 級</b>：障害厚生年金 3 級のみ支給<br/>厚生年金加入中に初診日がある病気・けがで、障害の程度が障害基礎年金の 1・2 級に該当せず、障害厚生年金の 3 級に該当し、一定の保険料納付要件を満たしている方</p> <p>◎ <b>障害手当金 (一時金)</b><br/>厚生年金加入中に初診日がある病気・けがが初診日から 5 年以内に治り (症状が固定した場合を含む)、3 級の障害よりやや軽い程度の障害が残った方で、一定の保険料納付要件を満たしている方</p> |

年金請求についての問合せ先は、初診日に加入中の年金制度に応じます。初診日・病名等を確認のうえ、ご相談ください。生活保護を受給されている方は生活福祉課にご相談ください。

- ・国民年金の第 1 号被保険者－市民課 国民年金担当 TEL 4 2 3－9 4 6 0
- ・国民年金の第 3 号被保険者－貝塚年金事務所 TEL 4 3 1－1 1 2 2
- ・厚生年金保険の被保険者－貝塚年金事務所 TEL 4 3 1－1 1 2 2
- ・共済組合の加入者－それぞれの共済組合へ

#### 5. 特 別 障 害 給 付 金

##### 【受給資格】

- ①平成 3 年 3 月以前の国民年金任意加入対象者であった学生
  - ②昭和 61 年 3 月以前の国民年金任意加入対象者であった被用者年金 (厚生年金・共済組合等) 加入者の配偶者
- ①・②のいずれかで、国民年金に任意加入していなかった期間内に初診日があり、現在、障害基礎年金 1・2 級相当の障害に該当する方

〈問合せ先〉 市民課 国民年金担当 TEL 4 2 3－9 4 6 0

## 社会生活の充実

### 1. 自動車改造費の助成

#### 改造される前に、必ず障害者支援課へ申請してください。

身体障害者手帳を所持する肢体不自由者本人、もしくは、本人と同一世帯の者が所有し、本人が運転する自動車の操向装置及び駆動装置等の改造に要する費用を助成します。(所得制限があります。)

- |          |                                                                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 支給額   | 実費(100,000 円限度)                                                                                                             |
| 2. 必要なもの | ●身体障害者手帳 (写)<br>●運転免許証(障害を事由として運転できる自動車の種類等を限定する旨の条件を附されているもの)<br>●改造箇所の見積書・改造装置のパンフレット<br>●年金等受給されている方は振込通知書、源泉徴収票等<br>●印鑑 |
| 3. 問合せ先  | 障害者支援課 TEL 4 2 3 - 9 4 4 6<br>FAX 4 3 1 - 0 5 8 0<br>e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp                                |

### 2. 郵便等による不在者投票

身体障害者手帳、戦傷病者手帳、介護保険の被保険者証をお持ちの方で、かつ、次のような障害のある選挙人の方は、自宅等で郵便により投票ができます。

- 身体障害者手帳をお持ちの方
  - ・両下肢や体幹、移動機能の障害の程度が1級又は2級
  - ・心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸の障害の程度が1級又は3級
  - ・免疫または肝臓の障害の程度が1～3級
- 戦傷病者手帳をお持ちの方
  - ・両下肢や体幹の障害の程度が特別項症～第2項症
  - ・心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓の障害の程度が特別項症～第3項症
- 介護保険の被保険者証をお持ちの方
  - ・要介護状態区分が要介護5

※身体障害者手帳をお持ちの方で、上記の障害の程度に該当することを市長が証明した方、戦傷病者手帳をお持ちの方で上記の障害の程度に該当することを知事が証明した方も該当します。

※郵便等による不在者投票で投票を行うには、上記の手帳等を添えて選挙管理委員会に対して申請し、郵便等投票証明書の交付を受ける必要があります。

※上記以外にも、投票の方法等に関してご不明な点等ありましたら、お問合せください。

〈問合せ先〉 岸和田市選挙管理委員会 TEL 4 2 3 - 9 6 9 3 FAX 4 2 3 - 4 6 2 2  
e-mail senkan@city.kishiwada.osaka.jp

### 3. 身体障害者体力維持講座

opsol 福祉総合センターにおいて、身体障害者の体力維持や回復のために、毎年4月～翌年3月の期間で週2回ずつ講座を開いています。受付は2月中に行います。

〈問合せ先〉 opsol 福祉総合センター TEL 4 3 8 - 2 3 2 1 FAX 4 3 1 - 1 5 0 0

#### 4. 手話奉仕員養成講座

ろうあ者の社会生活におけるコミュニケーションの確保を図るために、手話奉仕員（ボランティア）を目指す方のための入門的な講座を開催しています。

〈問合せ先〉 社会福祉法人岸和田市社会福祉協議会 TEL 437-8854 FAX 431-1500  
e-mail vc@Kishiwadashisyakyo.onmicrosoft.com

#### 5. 要約筆記ボランティア養成講座

中途失聴者や難聴者に対する理解・啓発を進めるために、コミュニケーションの確保のひとつである要約筆記についての入門的な講座を開催しています。

〈問合せ先〉 社会福祉法人岸和田市社会福祉協議会 TEL 437-8854 FAX 431-1500  
e-mail vc@Kishiwadashisyakyo.onmicrosoft.com

#### 6. 点訳ボランティア講座

視覚障害者の情報保障のための点字図書や資料を製作するボランティアを目指す方のための入門的な講座を開催しています。

〈問合せ先〉 社会福祉法人岸和田市社会福祉協議会 TEL 437-8854 FAX 431-1500  
e-mail vc@Kishiwadashisyakyo.onmicrosoft.com

#### 7. 朗読ボランティア講座・録音図書製作ボランティア講座

視覚障害者に声の図書等を製作する朗読ボランティアを目指す方のための入門的な講座を開催しています。

〈問合せ先〉 社会福祉法人岸和田市社会福祉協議会 TEL 437-8854 FAX 431-1500  
e-mail vc@Kishiwadashisyakyo.onmicrosoft.com

#### 8. 視覚障害者 PC サポート講座

視覚障害者がパソコンを活用できるようにサポートをするボランティアを目指す方のための入門的な講座を開催しています。

〈問合せ先〉 社会福祉法人岸和田市社会福祉協議会 TEL 437-8854 FAX 431-1500  
e-mail vc@Kishiwadashisyakyo.onmicrosoft.com

#### 9. 自助具製作ボランティア講座

日常生活動作の自立を支援する自助具の製作を行うボランティアを目指す方のための入門的な講座を開催しています。

〈問合せ先〉 社会福祉法人岸和田市社会福祉協議会 TEL 437-8854 FAX 431-1500  
e-mail vc@Kishiwadashisyakyo.onmicrosoft.com

## 10. パラスポーツボランティア講座

パラスポーツの啓発とパラスポーツを支えるボランティアの育成を図る講座を開催します。

〈問合せ先〉 社会福祉法人岸和田市社会福祉協議会 TEL 437-8854 FAX 431-1500

e-mail vc@Kishiwadashisyakyo.onmicrosoft.com

## 11. 声の広報・点字広報

希望する視覚障害者に、テープまたはCDによる声の広報や点字広報を送付します。また、opsol 福祉総合センター、各図書館でも利用できるほか、声の広報は市ホームページでも聞くことができます。

〈問合せ先〉 広報広聴課 TEL 423-9402 FAX 423-6409

e-mail kouhou@city.kishiwada.osaka.jp

## 12. 録音図書・点字図書・大活字本の貸出し、対面朗読サービス、宅配サービス

本を読むのが困難な方に、録音図書・点字図書・大活字本の貸出しや対面朗読サービスを行っています。

録音図書は、岸和田市にない場合、他市からのお取り寄せや新規製作のリクエストもお伺いできます。

また、身体障害など図書館への来館が困難な方に、宅配サービスも行っています。(対象者など詳しくは、お問い合わせください)。

〈問合せ先〉 市立図書館 TEL 422-2142

URL <https://www.city.kishiwada.lg.jp/site/toshokan/>

## 13. NTT西日本ふれあい案内

電話帳利用が困難な、目や上肢等の不自由な方及び知的障害や精神障害のある方が事前に登録をしておくことで、NTT104電話番号案内を無料でご利用ができる制度です。ふれあい案内の利用については、NTT西日本及びNTTの104をご利用いただける通信業者の回線（携帯電話含む）から、104をダイヤルした場合が対象となります。

〈問合せ先〉 NTT西日本ふれあい案内担当 TEL: 0120-104-174

FAX: 0120-104-134

受付: 午前9時～午後5時 ※土・日・祝日及び年末年始を除きます。

※FAXによるお問合せの際には、お名前、FAX番号を記載し、送信してください。

|      |                   |                                           |                    |                 |
|------|-------------------|-------------------------------------------|--------------------|-----------------|
| 身体障害 | 身体障害者手帳をお持ちの方     |                                           |                    |                 |
|      | 障<br>害<br>種<br>別  | 視 覚 障 害                                   | 等<br><br><br><br>級 | 1 ～ 6 級         |
|      |                   | 肢体不自由（上肢・体幹・乳幼児期以前の非進行性の<br>脳病変による運動機能障害） |                    | 1 ・ 2 級         |
|      |                   | 聴 覚 障 害                                   |                    | 2 ・ 3 ・ 4 ・ 6 級 |
|      |                   | 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害                      |                    | 3 ・ 4 級         |
| 知的障害 | 療育手帳をお持ちの方        |                                           |                    |                 |
| 精神障害 | 精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方 |                                           |                    |                 |

## 14. 駐車禁止除外指定車標章

身体障害者手帳又は療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳所持者で、次の障害に該当する方は「駐車禁止除外指定車標章」の交付を受けられます。 詳細は、岸和田警察署交通規制係にお問合せください。

### <参考>

| 障 害 の 区 分                   | 障 害 の 等 級                                           |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|
| 視覚障害                        | 1 級～3 級及び4 級の一部                                     |
| 聴覚障害                        | 2 級及び3 級                                            |
| 平衡機能障害                      | 3 級                                                 |
| 上肢不自由                       | 1 級・2 級の一部                                          |
| 下肢不自由                       | 1 級～4 級                                             |
| 体幹不自由                       | 1 級～3 級                                             |
| 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害    | 上肢機能 1 級及び2 級（一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く）<br>移動機能 1 級～4 級 |
| 心臓・じん臓・呼吸器・小腸・ぼうこうまたは直腸機能障害 | 1 級及び3 級                                            |
| 免疫機能障害・肝臓機能障害               | 1 級～3 級                                             |
| 知的障害                        | 判定 A                                                |
| 精神障害                        | 1 級                                                 |

交付申請時必要な書類 ①身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳

②その他審査に必要な資料の提出を求めることがあります。

※除外標章は、身体障害者等本人等の申請により、申請内容を審査のうえ交付されます。

〈問合せ先〉 岸和田警察署交通規制係 TEL 4 3 9 - 1 2 3 4

## 15. 自動車事故被害者に対する支援制度

自動車事故を原因として「脳」、「脊髄」または「胸腹部臓器」に重度の後遺障害を持つため、日常生活動作について「常時」または「随時」の介護が必要となった方に、「独立行政法人自動車事故対策機構（ナスバ）」から介護料が支給されます。

|           |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 支給対象となる費用 | 在宅介護サービス・介護用品の購入・介護用消耗品の購入等介護に要した費用の額に応じて、受給資格ごとに月額 36,500 円～211,530 円を支給。                                                                                                                                           |
| 支給の制限     | <p>（1）次のような支援を受けている方は、支給対象にはなりません。</p> <p>① ナスバ療護施設等に入院している方</p> <p>② 他法令に基づく施設に入所している方</p> <p>③ 介護保険法、労災保険法などによる介護料相当の給付を受けている方等</p> <p>（2）主たる生計維持者の年間合計所得金額が 1,000 万円を超えると認められるときは、支給できません。</p>                    |
| 問合せ先      | <p>独立行政法人自動車事故対策機構 大阪主管支所</p> <p>TEL 0 6 - 6 9 4 2 - 2 8 0 4 FAX 0 6 - 6 9 4 2 - 2 8 0 7</p> <p>ホームページ <a href="https://www.nasva.go.jp/sasaeru/kaigoryo.html">https://www.nasva.go.jp/sasaeru/kaigoryo.html</a></p> |

## 16. 大阪府障がい者等用駐車区画利用証制度

障がいのある方や高齢者など移動に配慮を要する方々が安心して外出できるよう、公共施設や商業施設等における車いす使用者用駐車区画、ゆずりあい駐車区画をご利用いただくための利用証を大阪府が交付する制度です。

| 区 分                                   |                              |              | 交付要件                             | 必要書類                            | 有効期間 |                                                                                                            |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------|----------------------------------|---------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 視覚障害                                  |                              |              | 4 級以上                            | 身体障害者手帳                         | 5 年間 | <div>車いすを使用する方</div>    |
| 聴覚障害                                  |                              |              | 3 級以上                            |                                 |      |                                                                                                            |
| 平衡機能障害                                |                              |              | 5 級以上                            |                                 |      |                                                                                                            |
| 肢<br>体<br>不<br>自<br>由                 | 上肢                           |              | 2 級以上                            |                                 |      |                                                                                                            |
|                                       | 下肢                           |              | 6 級以上                            |                                 |      |                                                                                                            |
|                                       | 体幹                           |              | 5 級以上                            |                                 |      |                                                                                                            |
|                                       | 乳幼児期以前の非進行性の<br>脳病変による運動機能障害 | 上肢機能<br>移動機能 | 2 級以上<br>6 級以上                   |                                 |      |                                                                                                            |
| 心臓・じん臓・呼吸器・小腸・ぼうこう・直腸・<br>免疫または肝臓機能障害 |                              |              | 4 級以上                            |                                 |      | <div>移動に配慮が必要な方</div>  |
| 知的障害                                  |                              |              | 障害程度 A                           | 療育手帳                            |      |                                                                                                            |
| 精神障害                                  |                              |              | 障害区分 1 級                         | 精神障害者<br>保健福祉手帳                 |      |                                                                                                            |
| 難病患者                                  |                              |              | 障害者総合支援法<br>の対象となる疾病<br>に罹患している方 | 特定医療費<br>(指定難病)<br>受給者証等<br>(注) |      |                                                                                                            |

※上記以外にも本制度の対象となる場合（要介護者、妊産婦、けが人等）がありますので、詳しくは、市に備え付けのチラシ（大阪府ホームページにも掲載あり）をご覧ください。下記へお問合せください。

※上記以外にも書類が必要となる場合がありますので、申請書の記載事項をご確認ください。

（注）詳細につきましては下記へお問合せください。

**申 請 手 続** 申請書に必要事項を記入し、必要書類の写し（氏名・住所・交付要件に該当する旨の記載があるところ）を添付して、返信用切手（180 円）を同封の上、申請窓口へ郵送してください。更新申請時には、現在お持ちの利用証を併せてご返却ください。

**申 請 窓 口** 大阪府 福祉部 障がい福祉室 障がい福祉企画課  
〒540-8570 大阪市中央区大手前 2 丁目 TEL 06-6944-2362  
FAX 06-6942-7215  
e-mail syogaikikaku-02@gbox.pref.osaka.lg.jp

**ホームページ** <https://www.pref.osaka.lg.jp/o090050/keikakusuishin/riyousyouseido/index.html>

## 障害福祉サービス等

### 1. サービスの内容

|                       |                                |                                                                                                            |
|-----------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介<br>護<br>給<br>付      | 居宅介護                           | 居宅で入浴・排泄・食事等の介護や家事援助、通院の付添等の支援を行います。重度訪問介護や重度障害者等包括支援の対象以外の人へのサービスです。                                      |
|                       | 重度訪問介護                         | 重度の障害があり常に介護を必要とする人に居宅での入浴・排泄・食事の介護のほか、外出の際の移動中の介護等、総合的な介護を行います。このサービスを利用中の最重度の障害のある人に対し入院中も一定の支援が可能となります。 |
|                       | 行動援護                           | 知的障害又は精神障害により行動に困難があり、常に介護を必要とする人に、危険を回避するために必要な援護や、外出中の介助等を行います。                                          |
|                       | 重度障害者等<br>包括支援                 | 常に介護を必要とする程度が著しく高い人に、居宅介護等の複数のサービスを包括的に提供します。                                                              |
|                       | 同行援護                           | 視覚障害のある人に、外出時において、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の外出する際の必要な援助を行います。                                             |
|                       | 生活介護                           | 常に介護を必要とする人に、主として日中に施設や作業所等で食事・入浴・排泄等の介助、日常生活上の支援を行うとともに、軽作業等の生産活動の機会を提供します。                               |
|                       | 短期入所                           | 介護者の病気やその他の理由で、一時的に保護が必要となったときに、短期間、夜間も含め施設で入浴・排泄・食事の介護等を行います。                                             |
|                       | 療養介護                           | 医療及び常に介護を必要とする人に、主として日中、病院等の施設で機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の支援を行います。                                |
|                       | 施設入所支援                         | 介護を必要とする人に、入所施設において、夜間における入浴・排泄等の介護や日常生活上の相談支援等を行います。                                                      |
| 訓<br>練<br>等<br>給<br>付 | 共同生活援助<br>(グループホーム)            | 主として夜間において、共同生活の場における相談、入浴・排泄等の介護、その他の日常生活上の援助を行います。                                                       |
|                       | 自立生活援助                         | 障害者支援施設やグループホーム等からひとり暮らしへの移行を希望する人に、一定の期間にわたり、定期的な巡回や随時の対応に応じ、必要な情報の提供や助言等の援助を行います。                        |
|                       | 自立訓練<br>(機能訓練 生活訓練<br>宿泊型自立訓練) | 自立した日常生活・社会生活を営むことができるよう、一定の期間、身体の機能や生活能力の向上のために必要な訓練等を行います。                                               |
|                       | 就労移行支援                         | 一般企業等への就労を希望する人に、一定の期間、事業所における作業や企業における実習等を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のための訓練を行います。                                 |

|       |                   |                                                                                                                                                                                       |
|-------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訓練等給付 | 就労継続支援<br>(A型・B型) | 一般企業等の就労が困難な人に、生産活動等の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練等を行います。A型は、雇用契約に基づく就労機会の提供を行い、一般就労に必要な知識・能力が高まった場合、一般就労に向けた支援を行います。B型は、雇用契約を締結せずに、就労の機会や生産活動の機会を提供し、知識・能力が高まった場合、就労の移行に向けた支援を行います。 |
|       | 就労定着支援            | 就労に伴う生活面の課題に対応できるよう、一定の期間、事業所・医療機関等との連絡調整等の支援を行います。                                                                                                                                   |

※訓練等給付は、18歳以上の方を基本的に対象としていますが、18歳未満の方についても、必要に応じて対応しています。

|        |                        |                                                                                                                           |
|--------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 計画相談支援 | サービス利用支援<br>継続サービス利用支援 | 障害福祉サービス・地域相談支援を利用する全ての人に、適切なサービス利用に向けて、サービス等利用計画を作成し、ケアマネジメントによりきめ細かく支援します。<br>※利用者自身で作成するセルフプラン、介護保険におけるケアプランでの代用も可能です。 |
| 地域相談支援 | 地域移行支援                 | 障害者支援施設等に入所している人、精神科病院に入院している人に、住宅の確保、その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談等を行います。                                                 |
|        | 地域定着支援                 | 自宅で一人暮らしをする人に、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に、相談・緊急訪問・緊急対応等を行います。                                                        |

|          |          |                                               |
|----------|----------|-----------------------------------------------|
| 地域生活支援事業 | 移動支援事業   | 屋外での移動が困難な人に、外出のための支援を行います。<br>※詳細はお問合せください。  |
|          | 日中一時支援事業 | 介護者の一時的な休息を図るため、障害者施設等において日中に一時的な見守りの支援を行います。 |

## 《申請手続きに必要なもの》

|                                         | 身体障害                  | 知的障害   | 精神障害   | 指定難病等  |
|-----------------------------------------|-----------------------|--------|--------|--------|
| マイナンバーがわかるもの(※1)                        | ○                     | ○      | ○      | ○      |
| 身体障害者手帳                                 | ○                     |        |        |        |
| 療育手帳                                    |                       | ○ (※2) |        |        |
| 精神障害者保健福祉手帳                             |                       |        | ○ (※3) |        |
| 特定医療費(指定難病)受給者証<br>又は<br>小児慢性特定疾病医療受給者証 |                       |        |        | ○ (※4) |
| 介護保険被保険者証                               | お持ちの方のみ申請時に提出必要       |        |        |        |
| 所得証明書(※5)                               | 転入されてきた方、岸和田市に住民票がない方 |        |        |        |

- ※1 個人番号(マイナンバー)カード、マイナンバーが記載された住民票又はその写し・住民票記載事項証明書又はその写し。
- ※2 療育手帳をお持ちでない方も、状況によって申請ができる場合がありますので、詳細はお問合せください。
- ※3 精神障害の方で手帳をお持ちでない方は、下記の書類でも申請が可能です。
- ・精神障害を事由とする年金(国民年金・厚生年金)又は特別障害給付金を現に受けていることを証明する書類
  - ・自立支援医療受給者証(精神通院医療に限る)
  - ・ICD-10コードが記載される等精神障害者であることが確認できる診断書
- ※4 特定医療費(指定難病)受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証がない場合は、診断書の提出により申請ができます。
- ※5 市区町村民税の課税又は非課税の状況がわかる証明書が必要な場合があります。
- ※ 代理申請の場合は、委任状、代理人の身分証明書等が必要です。
- ※ その他必要な書類はお問合せください。

## 2. 費用(自己負担)

利用者は、サービスを提供する事業所に、基本額の1割を支払います。但し、利用者の属する世帯の所得により1ヶ月あたりの負担上限額があります。生活保護世帯・市民税非課税世帯の方に利用者負担はありません。生活保護が開始・廃止になった場合等は、利用者負担額減額・免除等変更申請書を提出してください。

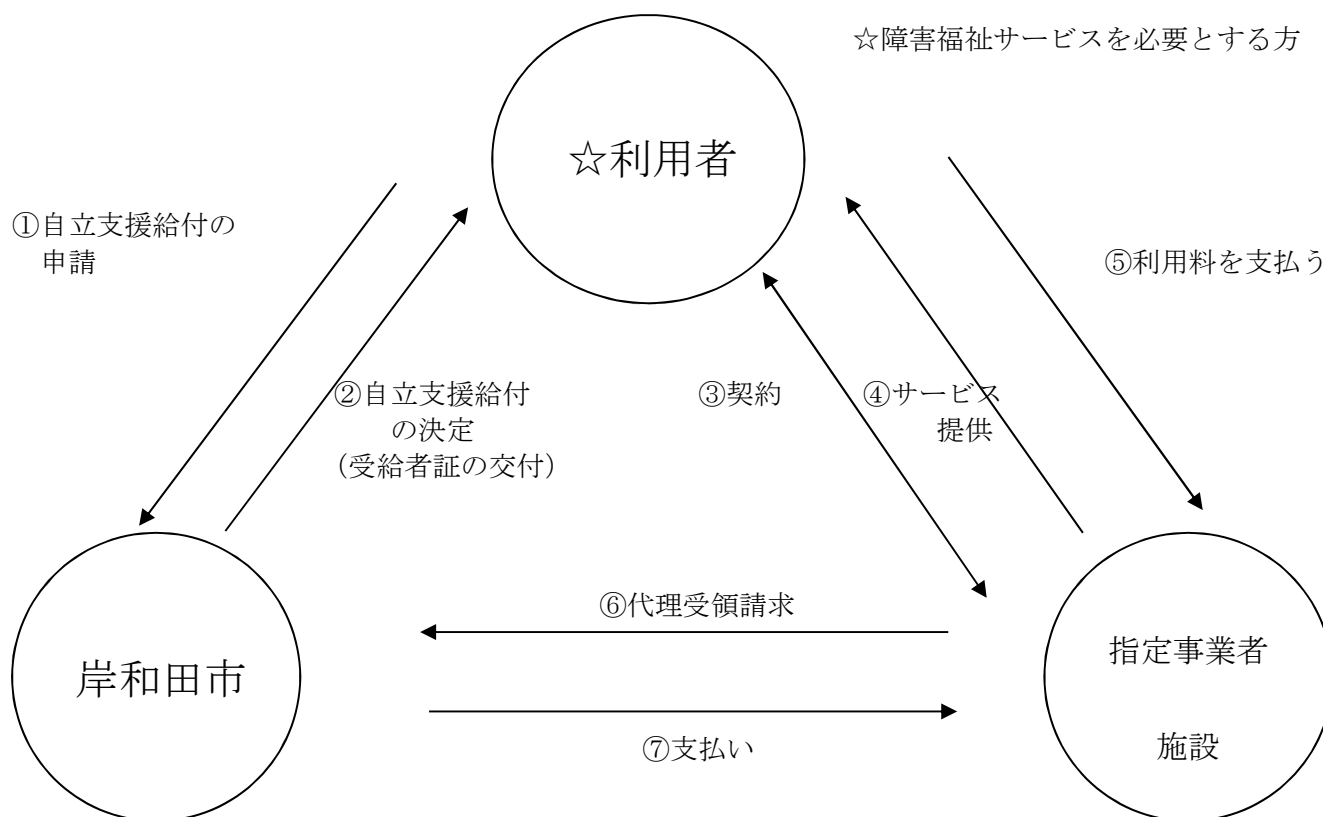
## 3. サービスの更新・変更

サービスを継続するためには、基本的に1年に1回の更新手続きが必要です(更新対象者には申請書を郵送します)。期限を過ぎても更新申請されない場合は、利用希望がないものと判断しますのでご了承ください。

サービスの支給量や障害支援区分の変更を希望する場合は、変更申請書及びサービス等利用計画案を提出してください。

#### 4. 障害福祉サービス等制度のしくみ

利用者自身がサービスを選択し、事業者・施設と対等な立場で契約し、サービスを利用します。利用料の一部を利用者が負担し、残りを自立支援給付に関する費用として市が支払います。



- ① 障害福祉サービス等の利用を希望される方は、市の窓口でご相談ください。必要なサービスの支給申請を行ってください。
- ② 市は利用者の現在の状況について、利用者本人や家族等に聴き取り調査をします。「岸和田市障害者介護給付費等認定審査会（注）」で調査の結果や医師の意見書を審査し、障害支援区分を認定します。市は、特定（障害児）相談支援事業所が作成した「サービス等利用計画（案）」及び「障害児通所支援計画（案）」、又は、利用者自身が作成したセルフプランを参考に、障害支援区分の範囲内でサービス支給量を決定し、利用申請者に「障害福祉サービス受給者証」等を交付します。
- ③ 利用者は、選択した事業者や施設に「障害福祉サービス受給者証」等を提示し、サービス利用契約を結びます。
- ④ 事業者・施設は、サービスの提供を開始します。
- ⑤ サービスの利用者は、利用者負担額を事業者・施設に直接支払います。
- ⑥ 事業者・施設は、提供したサービスの報酬（利用者負担額を除く）を市に請求します。
- ⑦ 市は請求内容を審査し、支給額を確定し、事業者・施設に自立支援給付に関する費用を支払います。

（注）岸和田市障害者介護給付費等認定審査会

市から委嘱された委員（整形外科医、精神科医、保健・福祉に関する学識経験者等）で構成。

〈問合せ先〉 障害者支援課 TEL 423-9469 FAX 431-0580  
e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp

## 障害児通所支援(児童福祉法)について

障害児通所支援とは、障害のある児童で通所による療育等の支援が必要な方が、利用したいサービスを選択し、サービス提供事業者と契約を結んでサービスを受ける制度です。

### ◎どんなサービスがあるの？

| 名 称         | 対 象            | 内 容                                                                            |
|-------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 児童発達支援      | 未就学児           | 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与及び集団生活への適応訓練等の支援、またはこれらに合わせて治療を行います。                  |
| 放課後等デイサービス  | 就学児            | 就学中の障害児に、放課後や休業日に生活能力向上のために必要な訓練等を行います。                                        |
| 居宅訪問型児童発達支援 | 重度の障害の状態等の障害児  | 外出することが著しく困難な場合に、当該障害児の居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能付与、生活能力の向上のために必要な訓練等を行います。 |
| 保育所等訪問支援    | 保育所等で集団生活を行う児童 | 集団生活を行う施設を訪問し、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援等を行います。                              |
| 障害児相談支援     | 障害児通所支援を利用する児童 | 適切なサービス利用に向けて、障害児支援利用計画を作成し、ケアマネジメントによりきめ細かく支援します。                             |

### ◎サービスを利用するには？

- ① 市に、利用したいサービスの申請が必要です。
- ② 市は、本人や保護者等に面接し生活の状況等を調査のうえ、障害児通所支援受給者証を交付します。
- ③ サービス事業者に受給者証を提示して契約を行い、サービスを利用します。

### ◎申請には何が必要？

- ① 現在お持ちの各種障害者手帳（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）

※手帳を取得されていない方は、ご相談ください。

- ② サービスを受ける児童、児童と同一世帯の世帯員全員の個人番号がわかるもの。

※ 転入の場合等世帯の所得を証明する書類が必要な場合があります。生活保護世帯は、生活保護受給証明書が必要です。

### ◎利用者負担は？

原則としてサービス利用料の 1 割ですが、所得（世帯全員）に応じて負担上限月額が設定されています。

※負担上限月額表

| 所得区分 | 所得の状況                | 負担上限月額   |
|------|----------------------|----------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯             | 0 円      |
| 低所得  | 市民税非課税世帯             | 0 円      |
| 一般 1 | 市民税所得割額が 28 万円未満の世帯  | 4,600 円  |
| 一般 2 | 市民税課税世帯で一般 1 に該当しない方 | 37,200 円 |

〈問合せ先〉 子育て支援課 TEL 423-9623 FAX 423-3523  
e-mail koshien@city.kishiwada.osaka.jp

## その他の在宅福祉サービス

| 制 度 名                     | 対 象 者                        | サ ー ビ ス の 内 容                                              | 手 続 [ 窓 口 ]                                                                                                                                            |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 手話通訳者の派遣               | 聴覚障害者で手話通訳を必要とする方            | 公的機関、医療機関等に行くときに、コミュニケーションの手段として、手話通訳を行う。                  | 派遣依頼は1週間前までに<br>[障害者支援課] TEL 423-9446<br>FAX 431-0580                                                                                                  |
| 2. 要約筆記者の派遣               | 聴覚障害者で社会生活上の円滑な意思疎通が困難な方     | 公的機関、医療機関等に行くときに、コミュニケーションの手段として、要約筆記を行う。                  | 派遣依頼は1週間前までに<br>[障害者支援課] TEL 423-9446<br>FAX 431-0580                                                                                                  |
| 3. 入浴サービス                 | 65歳未満の重度身体障害者等で自宅浴室での入浴が困難な方 | 自宅に簡易浴槽を持ち込み、入浴を援助する。<br>※利用回数は週2回までとする。                   | 事前登録が必要<br>訪問調査、可否決定後に派遣<br>[障害者支援課] TEL 447-6078<br>FAX 431-0580                                                                                      |
| 4. 訪問指導                   | 壮年期で健康管理上指導が必要な方             | 保健師や栄養士が家庭訪問し必要な保健指導を行う。                                   | 電話でご相談ください。<br>[健康推進課] TEL 423-8811 FAX 423-8833                                                                                                       |
| 5. 日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業） | 知的障害者・精神障害者等で、判断能力の不十分な方     | 福祉サービスの利用援助、日常的金銭管理、通帳や証書類・印鑑等を預かる。<br>※入院、入所中の方もご相談に応じます。 | 事前の申請、契約が必要<br>[岸和田市社会福祉協議会]<br>権利擁護センター<br>TEL 439-8241 FAX 431-1500<br>e-mail kenriyogo@Kishiwadashisyakyo.onmicrosoft.com<br>相談窓口は9時～17時30分（土日祝は除く） |

### 6. 紙おむつの給付（●18歳以上65歳未満の方で下記の対象者の条件をすべて満たす方）

- |           |                                                                                                                                                                               |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 目的     | 在宅で常時おむつを使用している寝たきりの重度障害者に、紙おむつを給付することにより、家族の経済的負担を軽減する。                                                                                                                      |
| 2. 対象者    | 次の①、②、③のすべての条件を満たす方<br>①本市の住民基本台帳に記録され、かつ、本市に居住する方<br>②18歳以上65歳未満で寝たきりの重度障害者（身体障害者手帳1級又は2級に該当する方、療育手帳Aに該当する方）で常時おむつを使用している方<br>③同居の家族の中の生計中心者が市民税非課税の方<br>※但し、生活保護世帯に属する方を除く。 |
| 3. 給付額    | 1ヶ月当たり 6,000円（申請の翌月より認定）                                                                                                                                                      |
| 4. 問合せ先   | 障害者支援課 TEL 423-9446 FAX 431-0580<br>e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp                                                                                                   |
| 5. ホームページ | <a href="https://www.city.kishiwada.lg.jp/page/kamiomutsu.html">https://www.city.kishiwada.lg.jp/page/kamiomutsu.html</a>                                                     |

※65歳以上の方の紙おむつの給付は、福祉政策課 高齢福祉担当へお問い合わせください。

〈問合せ先〉福祉政策課 高齢福祉担当 TEL 423-9527

FAX 423-8686

e-mail fukushi@city.kishiwada.osaka.jp

ホームページ <https://www.city.kishiwada.lg.jp/page/koureisha-omutsu.html>

## 7. 住宅改造費の補助

**着工前に必ず障害者支援課に相談してください。訪問調査に伺う等、時間を要します。**

### 1. 目的

生活の基礎となる住宅の改造をすることで、重度障害者等の方が、住み慣れた地域で安心して生活が続けられるように必要な経費を補助します。

### 2. 対象者

|      |               |                 |        |
|------|---------------|-----------------|--------|
| 身体障害 | 身体障害者手帳をお持ちの方 |                 |        |
|      | 障害<br>種<br>別  | 視 覚 障 害         | 等 1・2級 |
|      |               | 脳原性運動機能（移動機能）障害 | 1・2級   |
|      |               | 下肢機能障害又は体幹機能障害  | 1・2・3級 |
| 知的障害 | 療育手帳をお持ちの方    |                 | A      |

### 3. 対象事業

住宅の便所、浴室、玄関、廊下、階段、台所、居室等の改造工事

### 4. 補助限度額

①介護保険における要介護状態区分の判定が要支援・要介護1～5の方は、60万円。  
②岸和田市障害者等日常生活用具給付事業実施要綱に基づく居宅生活動作補助用具の給付を受けた方は60万円。  
①、②以外の方は80万円。補助金額は改造工事に要する対象額、生計中心者の方の所得税額に応じて変わります。

\*参考：工事費80万円の場合

| 生計中心者の前年分所得税額   | 補助割合 | 上記①、②の方  | 上記①、②以外の方 |
|-----------------|------|----------|-----------|
| 生活保護・非課税世帯      | 1    | 600,000円 | 800,000円  |
| ～40,000円        | 3分の2 | 400,000円 | 533,333円  |
| 40,001円～70,000円 | 2分の1 | 300,000円 | 400,000円  |
| 70,001円～        | 0    | 0円       | 0円        |

### 5. 問合せ先

障害者支援課 TEL 423-9446

FAX 431-0580

e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp

## 障害者歯科診療

- |         |                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 目的   | 障害者歯科診療は、市が社会福祉法人光生会及び一般社団法人岸和田市歯科医師会に委託して行う事業です。一般の歯科診療所では、十分に治療を受けることが難しい障害児者（手帳の有無、障害の程度にかかわらず）を対象に、予約制で時間をかけてゆっくり診療を行います。                                                                                                                  |
| 2. 診療日  | 毎週木曜日の 13 時～16 時 30 分<br>（ただし、祝日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日までの木曜日は休診）                                                                                                                                                                               |
| 3. 場所   | 社会福祉法人光生会 光生会診療所（光生療護園内）<br>住所 岸和田市三ヶ山町 2 1 4 - 4<br>TEL 4 4 3 - 1 5 0 0 FAX 4 4 3 - 7 9 9 7                                                                                                                                                   |
| 4. 申込方法 | <ul style="list-style-type: none"><li>・光生会診療所へ直接電話等でお申し込みください（平日 9 時～17 時）。その際、ご本人の状況等を聞き取りさせていただき、後日、診療日を連絡します。</li><li>・問診票と治療承諾書をお送りしますので、記入のうえ診察当日にお持ちください。</li><li>・一般の医療機関と同様に、健康保険法、生活保護法、重度障害者医療助成制度（受給者証が交付されている方）等が適用されます。</li></ul> |

## NET119 及びFAX119

消防本部では、聴覚・音声・言語機能に障害があり、音声による 119 通話が困難な方を対象に、①及び②のサービスの運用を行っています。

- ①「NET119」・・・携帯電話やスマートフォン等での簡単な画面操作で 119 番通報ができます。

※事前にインターネット（WEB）又は書面での登録申請が必要です。

- ②「FAX119」・・・局番なしの 119 番で FAX 通報ができます。

詳細はホームページをご覧ください。

〈問合せ先〉 岸和田市忠岡町消防指令センター 岸和田市消防本部 警備課

〒596-0827 岸和田市上松町 3 丁目 7 - 2 1

TEL 0 7 2 - 4 2 6 - 8 6 0 9 FAX 0 7 2 - 4 2 6 - 0 8 8 0

E-mail syoboikeibi@city.kishiwada.osaka.jp

受付：午前 10 時～午後 5 時 ※土・日・祝日及び年末年始を除きます。

【ホームページ】 <https://www.city.kishiwada.lg.jp/soshiki/78/>



## 経済的負担の軽減

### 1. 税の減免

#### (1) 自動車税（環境性能割・種別割）、軽自動車税（環境性能割・種別割）の減免

環境性能割及び種別割の減免要件については下表をご覧ください。また、種別割については、自動車税と軽自動車税で減免要件が異なる場合がありますので、事前にお問い合わせください。

#### 【減免を受けることができる自動車】

| 身体障害者等の状況                                            | 所有（取得）者                       | 運 転 者                         | 使 用 目 的                                      |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|
| ● 18歳以上の軽度の身体障害者                                     | 障 害 者 本 人                     | 障 害 者 本 人                     | 特に問いません                                      |
| ● 18歳未満の身体障害者（軽自動車税（種別割）の場合、音声・言語又はそしゃく機能の障害4級の方を除く） | 障害者本人<br>又は<br>生計を一にする<br>親族等 | 障害者本人<br>又は<br>生計を一にする<br>親族等 | 障害者が専ら自動車を日常の生活手段として、通勤、通学（通園）、通院等のために利用するとき |
| ● 18歳以上の重度の身体障害者                                     |                               |                               |                                              |
| ● 療育手帳所持者                                            |                               |                               |                                              |
| ● 精神障害者保健福祉手帳所持者（1級で自立支援医療受給者証所持者のみ）                 |                               |                               |                                              |

注：1 自家用車に限ります。

2 減免対象は、軽自動車も含めて1人の障害者につき1台に限ります。

3 自動車税（種別割）については、減免要件に該当することとなった日（手帳受領等）から60日以内に申請してください。

自動車税（環境性能割・種別割※）、軽自動車税（環境性能割）の申請期限は自動車登録日です。

※新たに登録した自動車の種別割に限ります。

4 その他の基準、申請時期、必要書類等の詳細については、必ず事前にお問い合わせください。

#### 【重度の障害、軽度の障害の区分】

| 区 分            |           | 自動車税（環境性能割・種別割）<br>軽自動車税（環境性能割） |       | 軽自動車税（種別割）    |       |
|----------------|-----------|---------------------------------|-------|---------------|-------|
|                |           | 重度の障害                           | 軽度の障害 | 重度の障害         | 軽度の障害 |
| 身体障害者          | 上肢不自由     | 1級～3級                           | 4級～6級 | 1級～3級         | 4級～7級 |
|                | 下肢不自由     | 1級～3級                           | 4級～6級 | 1級～3級         | 4級～7級 |
|                | 脳原性運動機能障害 | 1級～4級                           | 5級・6級 | 1級～3級         | 4級～7級 |
|                | 体幹機能障害    | 1級～3級                           | 5級    | 1級～3級         | 5級    |
|                | 視覚障害      | 1級～4級                           | 5級・6級 | 1級～4級         | 5級・6級 |
|                | 聴覚障害      | 2級～4級                           | 6級    | 2級～4級         | 6級    |
|                | 平衡機能障害    | 3級                              | 5級    | 3級            | 5級    |
|                | 内部障害※     | 1級～3級                           | 4級    | 1級～3級         | 4級    |
| 療育手帳所持者        |           | 療育手帳所持者                         |       | 療育手帳所持者       |       |
| 精神障害者保健福祉手帳所持者 |           | 1級かつ自立支援医療受給者                   |       | 1級かつ自立支援医療受給者 |       |

※内部障害とは、心臓、じん臓、肝臓、呼吸器、ぼうこう・直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害のことです。

〈問合せ先〉自動車税（種別割） 泉南府税事務所 TEL 439-3601 FAX 439-3706

自動車税（環境性能割） 大阪自動車税事務所和泉分室 TEL 0725-41-1327

FAX 0725-43-4541 電子メール osakajizei-g05@sbox.pref.osaka.lg.jp

軽自動車税（環境性能割）軽自動車検査協会大阪主管事務所和泉支所内 軽自動車税（環境性能割）担当

TEL 072-273-1066

軽自動車税（種別割）市民税課諸税担当 TEL 423-9416 電子メール siminzei@city.kishiwada.osaka.jp

(2) 所得税・住民税等の軽減措置

| 種 類                     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              | 控 除 額                                                                  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 所 得 税<br>(平成 23 年分より)   | 障害者控除                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 本人・同一生計配偶者又は扶養親族（年少扶養親族※を含む）が身体障害者手帳 3 級～6 級、療育手帳 B1・B2 又は精神障害者保健福祉手帳 2・3 級等 | 27 万円<br>(所得控除)                                                        |
|                         | 特別障害者控除                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 本人・同一生計配偶者又は扶養親族（年少扶養親族※を含む）が身体障害者手帳 1 級・2 級、療育手帳 A 又は精神障害者保健福祉手帳 1 級等       | 40 万円<br>〔同一生計配偶者又は扶養親族が同居の場合 75 万円〕<br>(所得控除)                         |
|                         | 小規模企業共済等掛金控除                                                                                                                                                                                                                                                                                | 心身障害者扶養共済制度の掛金等                                                              | 掛金の金額<br>(所得控除)                                                        |
| 個 人 住 民 税               | 障害者控除                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (所得税と同じ)                                                                     | 26 万円<br>(所得控除)                                                        |
|                         | 特別障害者控除                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (所得税と同じ)                                                                     | 30 万円<br>〔同一生計配偶者又は扶養親族が同居の場合 53 万円〕<br>(所得控除)                         |
|                         | 小規模企業共済等掛金控除                                                                                                                                                                                                                                                                                | (所得税と同じ)                                                                     | 掛金の金額<br>(所得控除)                                                        |
|                         | 非課税の範囲                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 前年度の合計所得金額が 135 万円以下の障害者                                                     | 非 課 税                                                                  |
| 個 人 事 業 税               | 両眼の視力を喪失した方又は万国式視力表により測定した両眼の視力（屈折異常のある方については、矯正視力についてその測定したもの）が 0.06 以下である方が行う、あん摩・マッサージ又は指圧・はり・きゅう・柔道整復・その他の医業に類する事業                                                                                                                                                                      |                                                                              | 課税対象外                                                                  |
| 相 続 税                   | 障害者控除                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 障害者が相続又は遺贈により財産を取得した場合（法定相続人に限る）                                             | 85 歳までの年数×10 万円<br>(特別障害者の場合は 20 万円)<br>平成 27 年 1 月 1 日以降の相続<br>(税額控除) |
| 贈 与 税                   | 特定障害者が特定障害者扶養信託契約に基づいて受ける信託受益権の価額のうち、6,000 万円までの部分（特定障害者のうち、特別障害者以外の者は 3,000 万円）                                                                                                                                                                                                            |                                                                              | 非 課 税                                                                  |
| 固 定 資 産 税               | 賦課期日において「身体障害者手帳 1 級・2 級、療育手帳 A 又は精神障害者保健福祉手帳 1 級」の方のうち、次のすべての要件に該当する者に係る固定資産税を 5 割減免する。（ただし、減免額は申請書の提出された日以降に到来する納期分の税額の 2 分の 1 相当額とする。）<br>(1) 納税義務者及び納税義務者と生計を一にする者の前年中の所得が市民税均等割非課税限度額以下<br>(2) 自己の居住用以外の土地又は家屋を所有していない<br>(3) 所有家屋の延べ床面積が 70 ㎡以下<br>(4) 固定資産税と都市計画税の 1 年間の合計金額が 5 万円以下 |                                                                              |                                                                        |
| ※詳細につきましては、下記にお問合せください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                              |                                                                        |
| 個人住民税                   | 市 民 税 課                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TEL 4 2 3 - 9 4 1 7 ~ 9                                                      | e-mail siminzei@city.kishiwada.osaka.jp                                |
| 個人事業税                   | 泉南府税事務所                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TEL 4 3 9 - 3 6 0 1                                                          | FAX 4 2 3 - 1 9 6 2                                                    |
| 所得税・相続税・贈与税             | 岸和田税務署                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TEL 4 3 8 - 1 3 4 1                                                          | (音声ガイダンスに従って番号を選択して下さい)                                                |
| 固定資産税                   | 固 定 資 産 税 課                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TEL 4 2 3 - 9 4 2 6                                                          | e-mail kotei@city.kishiwada.osaka.jp                                   |

※扶養親族のうち年齢 16 歳未満の方。令和 6 年分所得税確定申告では、平成 21 年 1 月 2 日以降生まれの方をいいます。

## 2. 割引制度

### (1) 旅客運賃等の割引

身体障害者(児)・知的障害者(児)・精神障害者(児)が利用する各種交通の運賃が割引になります。

#### ① 鉄道運賃

[内 容]

| 利 用 で き る 方 |                                                            | 種 類                              | 割 引 率                                                           |
|-------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 第1種障害者      | ①単独で利用する場合<br>(片道100kmを超えて<br>利用する場合に限る)                   | 普通乗車券                            | 5割引                                                             |
|             | ②介護者と共に利用する場合                                              | 普通乗車券<br>定期乗車券<br>普通回数券<br>普通急行券 | 障害者、介護者(1名)とも5割引<br>(障害者で小児定期乗車券の<br>該当者に対しては、介護者<br>に対してのみ5割引) |
| 第2種障害者      | ①単独で利用する場合<br>(片道100kmを超えて<br>利用する場合に限る)                   | 普通乗車券                            | 5割引                                                             |
|             | ②介護者と共に利用する場合<br>(12歳未満の障害者が、<br>小児定期乗車券によって<br>利用する場合に限る) | 定期乗車券<br>(通勤定期乗<br>車券に限る)        | 介護者(1名)に対して5割引                                                  |

[方 法] 切符販売窓口到手帳を提示、乗車中は手帳を携帯し係員から求められたら提示

#### ② バス運賃

[内 容]

| 利用できる方 | 割 引 率        |
|--------|--------------|
| 第1種障害者 | 障害者、介護者とも5割引 |
| 第2種障害者 | 障害者のみ5割引     |

※定期乗車券については、各社にお問合せください。

※精神障害者も対象となる場合がありますので各社にお問合せください。

[方 法] バス運賃支払いのときに手帳を提示

#### ③ 国内航空運賃

[内 容]

身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方  
割引率、対象者等の詳細については、各航空運送業者へご確認ください。

## (2) 有料道路通行料金の割引

全国の有料道路事業者では、有料道路における障害者割引制度を実施しております。割引を受けるためには、障害者支援課で事前に申請していただくか、**E T C無線通行(ノンストップ走行)で利用する場合に限りオンライン申請(※1)で登録ができます。**E T C無線通行(ノンストップ走行)で本割引の適用を希望される場合は、自家用車の事前登録及びE T C利用申請が必要となります。E T C無線通行(ノンストップ走行)で利用しない場合は要件を満たした自動車の場合、自動車を事前に登録しなくても割引を受けられますが、事前に申請が必要です。

★オンライン申請受付サイト★ ⇒ <https://www.expressway-discount.jp>

| 対 象 者                                    | 対象となる自動車                                                                                                                                                                                                     | 割引率                 | 手続きに必要なもの                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①第1種身体障害者<br>→本人が運転するか<br>家族等介護の方が<br>運転 | E T C無線通行(ノンストップ 走行)で利用する場合<br>(必ず事前登録が必要)<br>・本人(その親族等)、日常的に介護している者が<br>所有する自家用乗用車等                                                                                                                         | 通 行<br>料金の<br>5 0 % | E T C無線通行(ノンストップ 走行)で利用<br>する場合<br>①身体障害者手帳又は療育手帳<br>②自動車検査証等※2<br>③運転免許証(本人が運転する場合)<br>④E T Cカード※3<br>⑤E T C車載器セットアップ申込書・証明書<br>(注)福祉事務所発行の「ETC 利用申請証明書」<br>を有料道路 ETC 割引登録係に郵送してくださ<br>い。登録後、同係より、E T C無線通行(ノ<br>ンストップ 走行)で利用可能となる日が書面にて通<br>知されます。 |
| ②第1種知的障害者<br>→家族等介護の方が<br>運転の場合のみ        | ETC 無線通行(ノンストップ 走行)で利用しない場合<br>①登録できる車<br>・本人(その親族等)、日常的に介護している者が<br>所有する自家用乗用車等<br>②登録なしで利用できる車<br>・本人(その親族等)、日常的に介護している者が<br>所有する自家用乗用車等<br>・レンタカー等の貸出車両<br>・車検・修理時の代車及び友人等が所有する自家<br>用乗用車等、タクシー(介護タクシー含む) |                     | E T C無線通行(ノンストップ 走行)で利用<br>しない場合<br>①身体障害者手帳又は療育手帳<br>②自動車検査証等(利用する車を登<br>録する場合)※2<br>③運転免許証(本人が運転する場合)                                                                                                                                              |
| ③第2種身体障害者<br>→本人運転のみ                     | E T C無線通行(ノンストップ 走行)で利用する場合<br>(必ず事前登録が必要)<br>・本人(その親族等)が所有する自家用乗用車等                                                                                                                                         |                     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                          | E T C無線通行(ノンストップ 走行)で利用しない場合<br>①登録できる車<br>・本人(その親族等)が所有する自家用乗用車等<br>②登録なしで利用できる車<br>・本人(その親族等)が所有する自家用乗用車等<br>・レンタカー等の貸出車両<br>・車検・修理時の代車及び友人等が所有する自家<br>用乗用車等                                               |                     |                                                                                                                                                                                                                                                      |

※1 オンライン申請には「マイナポータルへの利用者登録」及び「マイナポータルアプリ」が必要です。また、マイナンバーカードの読み取りが必要となります。

※2 R 5 年1月4日より自動車検査証が電子化されたことに伴い、「自動車検査証」に加えて「自動車検査証記録事項」の電子機器による画面提示又は印刷したものがようになります。

※3 E T Cカードは**障害者本人名義のもの**をご用意ください。(但し、障害者本人が未成年の重度の障害者の方で家族等介護の運転による割引適用を受け、かつ、障害者本人が運転して割引適用を受けない場合に限り、保護者名義のカードでも可。)

・割引には有効期限が設定され、原則として2年ごとに更新手続きが必要です。

更新申請は、割引有効期限の2ヶ月前から行うことができます。

・住所や登録する車両・E T Cカードが変わったときは変更手続きが必要です。

〈新規・変更・更新の登録受付に関する問合せ先〉

障害者支援課 TEL 4 2 3 - 9 0 9 0 FAX 4 3 1 - 0 5 8 0

e-mail shougais@city.kishiwada.osaka.jp

〈オンライン申請に関する問合せ先〉

有料道路E T C割引登録係

TEL 0 4 5 - 4 7 7 - 1 2 3 3 FAX 0 4 5 - 4 7 4 - 1 1 1 0

URL <https://www.expressway-discount.jp>

〈割引制度の利用に関する問合せ先〉

阪神高速道路株式会社 お客様センター

TEL 06-6576-1484 FAX 06-6576-3921

URL <https://www.hanshin-exp.co.jp/drivers/ryoukin/ryoukin/waribiki/shyogaisya.html>

西日本高速道路株式会社 お客様センター

TEL 0120-924-863 URL <https://www.w-nexco.co.jp/etc/handicapped/>

### (3) タクシー運賃基本料金の助成

市では、身体障害者手帳1級又は2級（上肢障害、聴覚障害を除く）、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級、特定医療費（指定難病）受給者証かつ身体障害者手帳1級又は2級、小児慢性特定疾病医療受給者証（重症）の交付を受けている方が、市指定タクシーに乗車された場合にその乗車基本料金（初乗りタクシー乗車料金）年間36回分を限度に助成券を発行して助成しています。交付枚数は、申請日の属する月から当該年度の最終月までの月数×3枚となります。

※他市の援護を受けて岸和田市内の施設に入所している方は対象外です。

〈問合せ先〉 障害者支援課 TEL 423-9090 FAX 431-0580

e-mail [shougais@city.kishiwada.osaka.jp](mailto:shougais@city.kishiwada.osaka.jp)

### (4) タクシーの運賃割引

タクシー会社では、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方がタクシーを利用したときに手帳を提示された場合に、タクシー運賃が1割引されます（有料道路通行料金、駐車料金の割引は適用されません）。詳しくは各タクシー会社へお問合せください。

なお、タクシー会社によっては割引制度を実施していないところもあります。

### (5) NHK放送受信料の免除

| 対 象 者                                                                                                                                                                 | 放送受信料 | 申 込 手 続                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○身体障害者手帳をお持ちの方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市民税非課税の場合<br>○知的障害者と判定された方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市民税非課税の場合<br>○精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市民税非課税の場合                                | 全額免除  | 障害者支援課で証明書の発行を受け、免除申請専用封筒にて提出<br><br>【受信料関係の問合せ先】<br>NHK大阪放送局開発推進部<br>〒540-8501                                                              |
| ○視覚障害又は聴覚障害により身体障害者手帳をお持ちの方が、世帯主で受信契約者の場合<br>○身体障害者手帳をお持ちで、障害等級が1級又は2級の方が、世帯主で受信契約者の場合<br>○重度の知的障害者と判定された方が、世帯主で受信契約者の場合<br>○精神障害者保健福祉手帳をお持ちで、障害等級が1級の方が、世帯主で受信契約者の場合 | 半額免除  | 大阪府中央区大手前4丁目1番20号<br>●TEL 06-6937-9000<br>(受付時間：土日祝を除く 10:00～17:00)<br>●ナビダイヤル 0570-077-077<br>(受付時間：土日祝も受付 9:00～18:00)<br>●FAX 045-522-3044 |

※所得や世帯構成員の異動により、放送受信料の免除が受けられなくなることがあります。

※手帳をお持ちの方や受信契約者の方について、住所が変わったり死亡された場合は、まずNHKにお問い合わせいただき、必要な手続きを行ってください。

(6) 携帯電話料金等の割引

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかの手帳をお持ちの方が対象です。障害等級による制限はありません。詳細については、各携帯電話取扱店へお問合せください。

(7) 普通ごみ指定袋の給付（減免措置）

本市より紙おむつの給付又は助成を受け、普通ごみとして排出される高齢者又は障害者の方は、普通ごみ指定袋の給付（減免措置）の申請が可能です。

〈問合せ先〉 廃棄物対策課

TEL 4 2 3－9 4 3 9 FAX 4 3 6－0 4 1 8

e-mail haikibutsu@city.kishiwada.osaka.jp

URL <https://www.city.kishiwada.lg.jp/page/gomigenmen.html>

(8) 岸和田市さわやか理美容事業

詳細については、下記までお問合せください。

〈問合せ先〉 福祉政策課 地域福祉推進担当

TEL 4 2 3－9 4 6 7 FAX 4 2 3－8 6 8 6

e-mail fukushi@city.kishiwada.osaka.jp

URL <https://www.city.kishiwada.lg.jp/page/sawayakaribiyo.html>

(9) 映画館の割引

大阪興行協会加入の映画館において障害者（身体障害者手帳所持者）に対して割引を行っています。券売り場に手帳を提示してください。

〈問合せ先〉 生活衛生同業組合大阪興行協会

TEL 0 6－6 6 3 2－3 8 1 1 FAX 0 6－6 6 3 2－3 8 1 2

URL <https://www.osakakogyokyokai.jp>

(10) 各種公的施設等の使用料等の減免

府立博物館や体育施設や府内における公的施設において、使用料等の減免を行っている場合があります。詳しくは各施設にお問合せください。

## 障害者に関するマーク

まちで見かける障害者に関するマークには、主に次のようなものがあります。

皆さまの御理解と御協力をお願いいたします。

○順不同

| 名 称                                                                                                       | 概 要 等                                                                                                                                                                                                               | 連 絡 先                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障害者のための国際シンボルマーク<br><br> | <p>障害者が利用できる建物、施設であることを明確に表すための世界共通のシンボルマークです。マークの使用については国際リハビリテーション協会の「使用指針」により定められています。駐車場等でこのマークを見かけた場合には、障害者の利用への配慮について、御理解、御協力をお願いします。</p> <p>※このマークは「すべての障害者を対象」としたものです。特に車いすを利用する障害者を限定し、使用されるものではありません。</p> | 公益財団法人日本障害者<br>リハビリテーション協会<br><a href="https://www.jsrpd.jp/">https://www.jsrpd.jp/</a><br>TEL : 03-5273-0601<br>FAX : 03-5273-1523                |
| 身体障害者標識<br><br>         | <p>肢体不自由であることを理由に免許に条件を付されている方が運転する車に表示するマークで、マークの表示は努力義務となっています。危険防止のためやむを得ない場合を除き、このマークを付けた車に幅寄せや割り込みを行った運転者は、道路交通法の規定により罰せられます。</p>                                                                              | 警察庁交通局交通企画課、<br>都道府県警察本部交通部、<br>警察署交通課<br><br>警察庁交通局交通企画課<br>TEL : 03-3581-0141(代)                                                                 |
| 聴覚障害者標識<br><br>        | <p>聴覚障害であることを理由に免許に条件を付されている方が運転する車に表示するマークで、マークの表示は義務となっています。危険防止のためやむを得ない場合を除き、このマークを付けた車に幅寄せや割り込みを行った運転者は、道路交通法の規定により罰せられます。</p>                                                                                 | 警察庁交通局交通企画課、<br>都道府県警察本部交通部、<br>警察署交通課<br><br>警察庁交通局交通企画課<br>TEL : 03-3581-0141(代)                                                                 |
| 耳マーク<br><br>           | <p>聞こえが不自由なことを表すと同時に、聞こえない人・聞こえにくい人への配慮を表すマークでもあります。聴覚障害者は、見た目には分からないために、誤解されたり、不利益をこうむったり、社会生活上で不安が少なくありません。このマークを提示された場合は、相手が「聞こえない・聞こえにくい」ことを理解し、コミュニケーションの方法等への配慮について御協力をお願いします。</p>                            | 一般社団法人全日本難聴者・<br>中途失聴者団体連合会<br><a href="https://www.zennancho.or.jp/">https://www.zennancho.or.jp/</a><br>TEL : 03-3225-5600<br>FAX : 03-3354-0046 |
| ヒアリングループマーク<br><br>    | <p>「ヒアリングループマーク」は、補聴器や人工内耳に内蔵されているTコイルを使って利用できる施設・機器であることを表示するマークです。</p> <p>このマークを施設・機器に掲示することにより、補聴器・人工内耳装用者に補聴援助システムがあることを知らしめ、利用を促すものです。</p>                                                                     | 一般社団法人全日本難聴者・<br>中途失聴者団体連合会<br><a href="https://www.zennancho.or.jp/">https://www.zennancho.or.jp/</a><br>TEL : 03-3225-5600<br>FAX : 03-3354-0046 |

| 名 称                                                                                                    | 概 要 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 連 絡 先                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ほじょ犬マーク<br>           | 身体障害者補助犬同伴の啓発のためのマークです。身体障害者補助犬とは、盲導犬、介助犬、聴導犬のことを言います。「身体障害者補助犬法」は、公共の施設や交通機関はもちろん、デパートやスーパー、ホテル、レストラン等の民間施設において、身体障害のある人が身体障害者補助犬を同伴することを受け入れるよう義務付けています。身体障害者補助犬を同伴することのみをもってサービスの提供を拒むことは障害者差別に当たります。補助犬はペットではありません。社会のマナーもきちんと訓練されており、衛生面もきちんと管理されています。補助犬を同伴していても使用者への援助が必要な場合があります。使用者が困っている様子を見かけたら、積極的にお声がけをお願いします。 | 厚生労働省社会・援護局<br>障害保健福祉部企画課<br>自立支援振興室<br>TEL：03-5253-1111(代)<br>FAX：03-3503-1237                                                                                                                                                                                                         |
| オストメイト用設備／オストメイト<br> | オストメイトとは、がんなどで人工肛門・人工膀胱を造設している排泄機能に障害のある障害者のことを言います。このマークは、オストメイトのための設備（オストメイト対応のトイレ）があること及びオストメイトであることを表しています。このマークを見かけた場合には、そのトイレがオストメイトに配慮されたトイレであることについて、御理解、御協力をお願いします。                                                                                                                                                | 公益財団法人交通エコロジー・モビリティ財団<br>TEL：03-5844-6265<br>FAX：03-5844-6294                                                                                                                                                                                                                           |
| ハート・プラスマーク<br>      | 「身体内部に障害がある人」を表しています。身体内部（心臓、呼吸機能、じん臓、膀胱・直腸、小腸、肝臓、免疫機能）に障害がある方は外見からは分かりにくいいため、様々な誤解を受けることがあります。内部障害の方の中には、電車等の優先席に座りたい、近くでの携帯電話の使用を控えてほしい、障害者用駐車スペースに停めたい、といったことを希望している人がいます。このマークを着用されている方を見かけた場合には、内部障害への配慮について御理解、御協力をお願いします。                                                                                            | 特定非営利活動法人<br>ハート・プラスの会<br>〒572-0848<br>大阪府寝屋川市秦町41番1号<br>e-mail<br>info@heartplus.org（全国共通）                                                                                                                                                                                             |
| ヘルプマーク<br>          | 義足や人工関節を使用している方、内部障害や難病の方、妊娠初期の方等、外見からわからなくても援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることができるマークです。このマークを身に着けた方を見かけた場合は、電車・バス内で席をゆずる、困っているようであれば声をかける等、思いやりのある行動をお願いします。このマークは、大阪府および府内市町村窓口で希望される方に対し配付しています。（配付に関することは、本市障害者支援課へお問い合わせください。）                                                                                 | 東京都福祉局障害者施策推進部企画課社会参加推進担当<br><a href="https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/shougai_shisaku/helpmark.html">https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/shougai_shisaku/helpmark.html</a><br>TEL：03-5320-4147<br>FAX：03-5388-1413<br>e-mail<br>S1140701@section.metro.tokyo.jp |

| 名 称                                                                                                                                                         | 概 要 等                                                                                                                                                                                                                                                   | 連 絡 先                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>手話マーク</p>                                                               | <p>耳が聞こえない・聞こえにくい人が手話でのコミュニケーションの配慮を求めるときに提示したり、役所、公共及び民間施設・交通機関の窓口、店舗等、手話による対応ができるところが掲示できます。また、イベント時のネームプレートや災害時に支援者が身に着けるビブス等に掲示することもできます。</p> <p>耳が聞こえない人等がこのマークを提示した場合は「手話で対応をお願いします」の意味、窓口等が掲示している場合は「手話で対応します」等の意味になります。</p>                     | <p>一般財団法人<br/>全日本ろうあ連盟</p> <p><a href="https://www.jfd.or.jp/2016/12/01/pid15854">https://www.jfd.or.jp/2016/12/01/pid15854</a></p> <p>TEL：03-6302-1430</p> <p>FAX：03-6302-1449</p>                                                        |
| <p>筆談マーク</p>                                                               | <p>耳が聞こえない・聞こえにくい人、音声言語障害者、知的障害者や外国人等が筆談でのコミュニケーションの配慮を求めるときに提示したり、役所、公共及び民間施設・交通機関の窓口、店舗等、筆談による対応ができるところが掲示できます。また、イベント時のネームプレートや災害時に支援者が身に着けるビブス等に掲示することもできます。</p> <p>耳が聞こえない人等がこのマークを提示した場合は、「筆談で対応をお願いします」の意味、窓口等が掲示している場合は「筆談で対応します」等の意味になります。</p> | <p>一般財団法人<br/>全日本ろうあ連盟</p> <p><a href="https://www.jfd.or.jp/2016/12/01/pid15854">https://www.jfd.or.jp/2016/12/01/pid15854</a></p> <p>TEL：03-6302-1430</p> <p>FAX：03-6302-1449</p>                                                        |
| <p>盲人のための国際シンボルマーク</p>                                                   | <p>世界盲人会連合で1984年に制定された盲人のための世界共通のマークです。視覚障害者の安全やバリアフリーに考慮された建物、設備、機器等に付けられています。信号機や国際点字郵便物・書籍等で身近に見かけるマークです。</p> <p>このマークを見かけた場合には、視覚障害者の利用への配慮について、御理解、御協力をお願いします。</p>                                                                                 | <p>社会福祉法人<br/>日本盲人福祉委員会</p> <p><a href="https://ncwbj.or.jp/e-mail">https://ncwbj.or.jp/e-mail</a></p> <p>welblind@nifty.com</p> <p>TEL：03-5291-7885</p>                                                                                   |
| <p>「白杖SOSシグナル」<br/>普及啓発シンボルマーク</p>  <p>(社会福祉法人日本視覚障害者<br/>団体連合推奨マーク)</p> | <p>白杖を頭上50cm程度に掲げてSOSのシグナルを示している視覚に障害のある人を見かけたら、進んで声をかけて支援しようという「白杖SOSシグナル」運動の普及啓発シンボルマークです。</p> <p>白杖によるSOSのシグナルを見かけたら、進んで声をかけ、困っていること等を聞き、サポートをお願いします。</p> <p>※駅のホームや路上等で視覚に障害のある人が危険に遭遇しそうな場合は、白杖によりSOSのシグナルを示していなくても、声をかけてサポートをお願いします。</p>          | <p>岐阜市福祉部障がい福祉課</p> <p><a href="https://www.city.gifu.lg.jp/kenko/syougaisyafukushi/1004678/1004681.html">https://www.city.gifu.lg.jp/kenko/syougaisyafukushi/1004678/1004681.html</a></p> <p>TEL：058-214-2138</p> <p>FAX：058-265-7613</p> |

|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>子ども車いすマーク<br/>(小児用介助型車いすマーク)</p>  | <p>病気や障害のあるこどもが利用する「子ども車いす」は、外観ではベビーカーと判別しにくいため、様々な誤解を受けることがあります。</p> <p>そのような方が、周囲に配慮を必要としていることを知らせ、援助が得やすくなることを目的としたマークです。このマークを携帯している方や建物の入口などでこのマークを見かけた場合は、ご理解をお願いします。</p> | <p>一般社団法人 mina family<br/> <a href="https://www.mina-family.jp/">https://www.mina-family.jp/</a><br/> TEL : 06-7777-2708</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

参考：内閣府ホームページ、大阪府ホームページ、東京都福祉局（ヘルプマーク）、特定非営利活動法人ハート・プラスの会、  
岐阜市（白杖 SOS シグナル）、一般社団法人 mina family

## 令和6年4月発行「障害福祉のしおり」からの主な変更点

| ページ                                                      | 項 目                             | 変 更 点                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| 2                                                        | 手帳の交付を受けるには                     | 身分証明書等（窓口に来られる方の本人確認を行うときに提示していただく書類です。）を変更 |
| 6                                                        | 大阪障害職業センター南大阪支所                 | 内容を変更                                       |
| 6                                                        | 岸和田公共職業安定所（ハローワーク）              | 内容を変更、URLを削除                                |
| 10                                                       | 補装具                             | 所得制限について18歳未満の場合は所得制限なしと追記                  |
| 22                                                       | 自立支援医療（更生医療・育成医療・精神通院医療）        | 申請に必要なもの、自己負担を変更、経過的特例措置の期間を追記              |
| 23                                                       | 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、児童扶養手当 | 支給額を変更                                      |
| 31                                                       | 自動車事故被害者に対する支援制度                | 月額を変更                                       |
| 32                                                       | 大阪府障がい者等用駐車区画利用証制度              | 返信用切手料金、ホームページURL等を変更                       |
| 35                                                       | 障害福祉サービス等                       | 申請手続きに必要なものの※3に精神障害の方で手帳をお持ちでない方への案内を追記     |
| 37                                                       | 障害児通所支援（児童福祉法）                  | 申請に必要なものを変更                                 |
| 38                                                       | 紙おむつの給付                         | 対象者 ③を「同居の家族の中の生計中心者が市民税非課税の方」に変更           |
| 43                                                       | 旅客運賃等の割引                        | 鉄道運賃割引対象に精神障害者（児）が追加。                       |
| ※各ページの問い合わせ先（一部）について、電話番号、ファクス番号、電子メールアドレス、ホームページアドレスを変更 |                                 |                                             |